

XI Jornades de salut mental a Nou Barris

DROGUES I SALUT MENTAL
Hi ha influència?



5 i 6 de novembre de 2011

lloc: Parc Tecnològic Barcelona Nord - c/. Marie Curie, 8-14 Barcelona

Ajuntament de
Barcelona



FECAFAMM



XI JORNADES DE SALUT MENTAL A NOU BARRIS

Drogues i salut mental

Hi ha influència?

PONENT	PÀGINA
José Trujillo	1
Antonio Feroso	2
Irma Rognoni	2
Elvira Guilaña	3
Jaume Serrano	7
Carmen Grifoll	9
Ma. Jesús Abadía i Javier Piris	10
Iván Bernús	12
Esteve Bonet	14
Anna Del Cuerpo	16
David Batalla	17
Maria Crespo	18
Paloma Lago	19
Marc Walther	21
Oriol Martí	25
Victor Korman	28
Miquel Angel Diaz	31
Aureli Gràcia	34

DIVENDRES DIA 4

Acte d'inauguració

José Trujillo

President de l'AFEM de Nou Barris

Novament, ens trobem un altre any més desenvolupant les Jornades de Salut Mental de Nou Barris. Aquest any és la onzena vegada i tractaran sobre les drogues i salut mental, hi ha influència? Les jornades s'inicien el divendres dia quatre de novembre i finalitzen el dissabte dia 5 de novembre. Participen com a ponents les persones que es numeren en el tríptic, pel que ens donaran una àmplia visió del tema que ens ocuparà. S'ha fet un butlletí que desenvolupa i explica des de l'origen de la reforma psiquiàtrica (Llei 14/1986) fins a la data actual (2011). És a dir, vam dur un període de 25 anys. En aquest temps s'han creat diversos recursos. En 1987 es crea el Centre de Dia Pi i Molist que és el primer recurs comunitari sorgit de la reforma psiquiàtrica (en el butlletí es detalla com funciona). En 1995 neix l'AFEM de Nou Barris, la Associació de Familiars de Malalts Mentals (en el butlletí es detalla el seu funcionament). En 1996 neix la FECAFAMM, la Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Persones amb problemes de Salut Mental, que actualment té de l'ordre de 60 associacions i unes 6000 famílies (la funció que compleix a Catalunya es descriu en el butlletí).

La Salut Mental en Nou Barris, 25 anys després, té un ventall molt ampli de recursos, és un districte molt afortunat pel que es refereix a equips i programes terapèutics. Els malalts estan atesos per la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental i per l'Associació Centre Higiene Mental Nou Barris, que tenen cura de la salut mental infanto-juvenil des de 1995. En el 2006 va entrar en funcionament la Fundació Hospital de Dia Nou Barris, amb capacitat per a atendre 40 pacients adolescents de 13 a 21 anys. L'Associació Centre Higiene Mental Nou Barris té dos centres, el Nord i el Sud, i ha estrenat noves instal·lacions fa més d'un any, situades en la façana lateral de Cotxeres. Ambdós

centres atenen la població adulta de Nou Barris amb programes TMS i PSI.

Totes aquestes activitats sobre salut mental fan assolir un excel·lent resultat assistencial. L'AFEM de Nou Barris fa assessorament, orientació, suport, ajuda mútua, activitats lúdico-culturals, divulgació i altres actuacions amb les famílies per evitar les tensions que danyen les relacions com a conseqüència de la malaltia. Tots aquests temes estan exposats més detalladament en el butlletí abans citat.

Antonio Feroso
Vicepresident primer de la FECAFAMM

FECAFAMM, com abans ha dit el senyor Trujillo, és una federació d'associacions que agrupa unes 60 associacions de familiars i usuaris, en total són més de 5000 persones les quals estem federades. La FECAFAMM va néixer en l'any 1996, des de llavors cada any s'incorporen noves associacions. Jo crec que el treball que fa l'associació i altres iniciatives similars sorgides des de la societat civil són molt importants.

Actualment FECAFAMM està immersa en un tema molt important com és el tema de l'estigma. Per això s'ha creat una entitat que es diu Obertament, que tractarà de lluitar contra l'estigma en la societat. És una entitat que agrupa la FECAFAMM, les entitats d'usuaris i a institucions com la Generalitat. A partir d'aquí, el que volem és desestigmatitzar tot el problema de la salut mental i, addicionalment, que la gent que tingui algun problema d'ansietat o depressió pugui acudir al professional perquè la cosa no arribi a més.

És important, per tant, la prevenció, el tractament i, de forma especial, és important el treball de les associacions.

Irma Rognoni
Regidora del Districte de Nou Barris

Com regidora de Família, Infància, Usos del Temps i Discapacitat de l'Ajuntament de Barcelona i, especialment, com a regidora de Nou Barris, és un honor participar en aquesta onzena jornada que duu com títol suggeridor "Drogues i salut mental, hi ha influència?". És un plaer obrir unes jornades organitzades per l'associacionisme que aglutina els familiars de malalts mentals, més de 5000 famílies que componen la FECAFAMM.

Les meves primeres paraules van dirigides a aquestes persones. Avui s'entrena un documental a l'Àfrica que duu per títol "els oblidats dels oblidats: la història de milers de malalts i un boig". Si m'ho permeteu, vaig a utilitzar expressament el títol d'aquest documental per referir-me a altres oblidats dels oblidats, que són els familiars dels malalts mentals que en la convivència diària aporten a la persona amb malaltia mental la recuperació, l'alliberament, l'acollida i la reinserció en la vida amb dignitat d'aquests oblidats.

Fa uns mesos vaig tenir la sort de participar en la primera trobada europea sobre resiliència. Vull recordar que aquest concepte, un poc estrany, fa referència a l'habilitat de saber construir-se, en cada ocasió, un entorn efectivament segur des del que explorar i viure el món. En aquest congrés, els experts van coincidir a afirmar que la capacitat de donar i rebre afecte és la veritable font de la resiliència. L'afecte és el que permet a les persones sobreviure a les adversitats (com la malaltia mental) i a més surtin d'elles enfortides i transformades. La construcció i reconstrucció d'una persona no és una actitud passiva, és una actitud activa que significa ajudar a resistir i aprendre a viure. Aquesta és la tasca meravellosa que el familiar del malalt mental, l'oblidat de l'oblidat, duu a

terme amb persistència i moltes vegades en silenci, però sempre en presència i afecte per l'altre.

La resiliència és un art. Aquest art es fonamenta en aquelles persones, no necessàriament professionals, que amb el seu compromís i la seva dedicació possibiliten incrementar la qualitat de vida de les persones amb malaltia mental. En definitiva, permeten que les persones oblidades s'acostin el màxim possible a la felicitat.

Com a regidora de l'Ajuntament de Barcelona us puc assegurar que un dels nostres objectius polítics és i serà vetllar i no permetre que la realitat mental resti amagada, ni tampoc resti amagada la realitat de les persones que són familiars. Sóc conscient que una tasca important s'obre a la ciutat i al seu govern per fer visibles a aquestes persones, per tant, per a elles tot el nostre reconeixement. Deixo en mans de les persones expertes que ara parlaran, el contingut que al llarg de les ponències aniran tractant. Solament agregar una sentència del gran pedagog Sir Ken Robinson que diu “no permetis que et robin la idees, regala-les”. A això us animo en aquestes jornades: que el saber de la pràctica avanci.

Per a acabar vull donar-vos les gràcies a tots: als familiars i als professionals per ajudar a retornar la vida a les persones oblidades. Com diu un monjo i escriptor argentí Mamerto Menapace, “és cert que no tenim en les nostres mans les solucions per a tots els problemes del món però davant dels problemes del món, si que tenim les nostres mans”.

Declaro, per tant, inaugurades les XI jornades de salut mental de Nou Barris.

1a TAULA RODONA

ÚS I CONSUM DE DROGUES EN ELS ADOLESCENTS

Elvira Guilañà

Coordinadora del SOD (ASPB)

El SOD és un servei destinat a adolescents entre 14 i 22 anys. És un servei que té com a referència tota Barcelona o sigui que poden ser derivats tots els joves amb problemàtiques de consum des dels 14 als 22 anys. No és un referent de districte sinó que és un referent de ciutat.

Com sabem la adolescència és una etapa evolutiva on s'experimenten grans canvis (físics, emocionals, cognitius, psicosocials) que són decisius per al futur del jove. És una fase especialment vulnerable en funció de com es desenvolupin i consolidin aquests canvis. És un etapa on està present la problemàtica de les identifications, la recerca i construcció de noves identitats i la resolució funcional de l'encontre amb l'altre sexe. Aquest moment estructural del jove no es produeix sense dificultats. La intensitat depèn tant de les pròpies eines de que disposa el jove com de l'entorn familiar i social. Són situacions en les quals el afectes i els vincles amb els iguals tenen un paper molt important.

Ens trobem amb aquest recurs que és un recurs de prevenció i detecció en tota una serie de problemàtiques, sobretot en nois amb uns consums que poden ser: consums molt inicials, consums molt puntuals o consums ja instal·lats. Ens trobem també amb alguns dels efectes que l'adolescent i el jove pateix i que incideixen en el consum com pot ser: l'angoixa, la depressió, la tristesa, l'avorriment, la falta de fites i de projectes personals.

El SOD en principi acull totes aquestes problemàtiques de consum amb diferents programes:

1. El Programa d' Informació i d'Orientació per Adolescents i Joves i les seves famílies fins a 22 anys. És un programa que acull les demandes tant dels joves i adolescents com de les famílies conjuntament o per separat. A vegades ve la família per que no pot portar el noi o la noia de moment, per que no vol venir o per que considera que no té cap problema, en aquest cas al menys podem intervenir en un primer encontre amb els pares i una primera orientació de la problemàtica.
2. El Programa de Mesures Alternatives per consum en via pública que és el programa on hi ha més derivació i on hi ha més casos atesos.
3. El Programa de Justícia Juvenil fins a 18 anys.
4. Finalment hem obert aquest any, el de Mesures Alternatives per consum d'alcohol a la via pública.

Podem diferenciar diversos tipus de consum. El consum de risc on el jove pateix conseqüències nocives, físiques i psicològiques. El consum problemàtic per problemes individuals, col·lectius i de salut o socials. El consum més experimental, que es refereix sobretot als primers consums d'una droga determinada o consums molt poc freqüents i el consum recreatiu que és el consum d'una droga legal o il·legal en circumstàncies de diversió, d'oci o de relació social i que no arriba a produir dependència o altres problemes. El SOD en principi atén tots el casos que arriben però els que d'alguna manera es treballen amb teràpies breus serien els relacionats amb el consum experimental, el consum recreatiu i algun tipus de consum de risc. El consum ja problemàtic o quan considerem que el consum ja ha creat dependència fem una derivació a l'altre recurs de l'Agència de Salut Pública que és el CAS d'Horta-Guinardó, del que en us parlarà després en Jaume Serrano.

El indicadors que tenim en compte alhora de fer una valoració de la incidència al consum en la conducta i en la estabilitat del jove serien: una disminució clara del rendiment escolar, un absentisme escolar, fugues de casa, fugues dels caps de setmana, canvi de grups d'amics, canvi molt evident de grups d'amics, resistència de les conductes a casa i a l'escola (a les orientacions dels pares, dels amics, dels mestres), empitjorament evident de relacions amb professors i pares, una actitud negativista i un augment de la irritabilitat, un aïllament important, una disminució de la comunicació verbal i afectiva, abandonament sobtat d'aficions o d'interessos, canvis bruscos d'humor, pèrdua de responsabilitat, canvi brusc en la cura i l'aspecte personal important, pèrdua de pes. Tots aquests punts poden ser de més o menys gradació, perquè dintre del que és el moment de l'adolescència algun d'aquests punts es pot donar. La nostra funció una mica també es calibrar o veure fins a quin punt això vol dir que hi ha una qüestió de consum o no.

Quines qüestions podem tenir en compte: el lloc que el noi o la noia ocupa en el discurs familiar, l'ideal dels pares en relació al noi o la noia, l'adolescència del noi que sempre posa en joc d'alguna manera l'adolescència del pare o de la mare i què significa. Per exemple fa poc un noi em comentava que el seu pare li havia dit que ell havia estat molt enganxat als porros amb 24 o 25 anys. Tot això, en el moment que el consum del noi o de la noia arriba també d'alguna manera toca alguna cosa de l'adolescència o de la joventut dels pares i la novel·la familiar del noi i de la noia. La novel·la familiar seria aquella novel·la que el jove es pot fer en relació als seus pares però també hem de tenir en compte quina és la novel·la o quina és la ficció que els pares es fan en relació a ell.

També hem de tenir en compte quina és la informació que tenim que transmetre als pares; que sigui veraç, que no sigui alarmista, que sigui concreta, la confidencialitat del menor, quins recursos són els adients i quan es necessitarà una derivació. Amb tot això el que fem és una intervenció breu i extensa. Extensa vol dir que inclou diverses modalitats en joves consumidors sense que tinguin indicis de patologia mental ni de consum amb dependència. La nostra intervenció és de quatre a sis sessions. També és important fer un cribratge de patologia psiquiàtrica i de addicció. Una de les nostres funcions és poder captar els casos que requereixen un altre tipus de tractament que no sigui una intervenció breu. Aquesta funció de cribratge és molt important en el SOD i el que fem

principalment es fer un cribratge de patologia mental incipient o no detectada, o no tractada o bé si a sigut tractada si ha hagut una interrupció del tractament.

En aquest últim cas, el que fem es tornar a treballar amb el jove o la jove i els pares i que tornin a entrar en el circuit d'atenció normalment de la Xarxa Pública i també fem un cribratge de consum amb dependència. Si el cribratge és de patologia mental fem una derivació CSMIJ de zona o sigui on el noi o la noia està empadronat. Recordeu que nosaltres atenem a nois i noies de tota Barcelona i llavors fem la derivació. Aquesta derivació la fem normalment directa des d'el recurs i connectem amb els coordinadors de cada CSMIJ. Intentem ja donar un dia i una hora a cada família per què no es perdin ja que pensem que així hi ha un punt important per poder treballar amb els joves i poder responsabilitzar-los de la seva situació. És molt important doncs que se'n vagin amb una hora i un dia donat i el més ràpid possible. Si és un consum de dependència els derivem al CAS d'Horta Guinardó que després en Jaume Serrano us parlarà.

El que tenim a nivell estadístic és que el cànnabis motiva el major nombre de joves atesos i que la proporció de joves en consum de cànnabis o d'alcohol en criteris de risc és més freqüent en els nois o noies que venen per demanda pròpia o per demanda dels pares que no amb els nois o noies que ens venen multats per consumir cànnabis en la via pública. Aquestes són les dues grans entrades nostres en el programa o sigui que la gent que ve per mutu propi normalment porta una problemàtica important i en aquest sentit nosaltres fem més derivacions al CAS. Són problemàtiques que porten instal·lades un any, dos anys, fins que els pares o els joves s'han decidit a fer una consulta de la seva situació. Tenim que de tot el servei del SOD la proporció de joves derivats a un recurs de servei mental o de drogues és del 38% en el cas de joves i familiars atesos per informació i orientació. O sigui que un 38% dels joves que venen a consultar per que ja hi ha una problemàtica són derivats i en el programa de multes de consum en via pública només és un 6%. Això és lògic perquè dintre de les multes pot haver-hi consums molt puntuals, molt inicials i amb edats molt joves que no hi ha una problemàtica instaurada.

Com a estadística del juliol del 2008, que va començar el SOD (el SOD ja existia abans, però va començar amb el programa de denúncia per consum en via pública) veiem que el consum més important en la columna del 85,7% de cànnabis és la columna de nois i noies atesos per informació i orientació i la columna de la dreta és per consum en via pública per denúncia, veiem que el cànnabis és el consum més important, després ve el tabac, l'alcohol, la cocaïna amb un 8,3% i altres drogues un 5,8% En altres drogues ens trobem sobretot en qüestions d'amfetamines i en algun cas ens hem trobat amb consum d'estrimoni o d'al·lucinògens, algun cas també de consum de "salvia divinorum" que entra dins del que seria la droga al·lucinògena, però el punt més important és el cànnabis.

Us voldria donar les dades del programa dirigit a denúncia per infracció de l'article 25.1 de la LLei Orgànica o sigui per denúncia per consum en via pública. Aquest és un programa que va dirigit a menors d'edat de 14 a 18 anys, el SOD va dirigit a nois i noies fins al 22 anys i ens hem trobat amb nois de 12 o 13 anys amb un inici de consum. Normalment els inicis de consum tant baixos són en patologies mentals incipients no detectades encara pels CSMIJ o no detectades a nivell psiquiàtric, però que normalment cursen amb petits robatoris que la Fiscalia de Menors ja ha començat a actuar o que tenen fugues de casa de caps de setmana, per exemple de divendres, dissabte, diumenge i no apareixen ben bé fins al dilluns al matí, però el programa de denúncia per consum en via pública és de 14 a 18 anys. Han de ser residents a Barcelona ciutat, han d'estar empadronats a Barcelona, i no reincidents. No reincidents vol dir que només és un sol cop que aquests joves es poden acollir en aquest tipus de programes i que es canvia la multa per venir al SOD, però no vol dir que després no puguin venir al programa d'informació i orientació i seguir tot un treball i tractament. Els òrgans implicats són: la Guàrdia Urbana, els Mossos d'Esquadra, el Servei d'Administració de la Regió

Policia Metropolitana i l'Agència de Salut Pública de Barcelona. És un protocol que es va fer a partir del 2008.

Que necessitem per començar a treballar? Primer l'acceptació voluntària del menor, del pare o la mare o d'un tutor legal del menor. En principi ells venen perquè tenen una multa, però alhora treballem una mica les coses, per exemple com a altres solucions, es pot dir que poden pagar la multa amb la seva paga, es a dir, nosaltres treballem una responsabilització de l'atenció en el cas al jove, no fer-ho tot automàtic. La signatura del consentiment informat i el compromís. Una anamnesi, una entrevista amb l'adolescent i la família; l'elaboració d'un pla terapèutic individualitzat; el cribatge de consum de drogues i salut mental; restituir el vincle terapèutic si aquest s'ha trencat, si el noi o la noia han de deixar d'anar al psicòleg o han deixat d'anar al CAS d'Horta-Guinardó; si ja hi anaven o han deixat d'anar al Clínic en el programa de patologia dual etc., o sigui, de vegades ens trobem amb nois que ja estaven dintre de la xarxa però que han deixat d'anar-hi per voluntat pròpia; reforçar el tractament en aquells casos que ja estiguin fent un i dedicar-los-hi quatre o sis sessions. Com a mínim han de ser quatre però si veiem que és necessari les podem ampliar però en principi la mitjana és de quatre a sis.

Quants adolescents hem atès en aquest programa? En aquest programa hem atès 108 persones al 2008, 434 persones al 2009 (al 2008, 108 per que vam començar al juliol a meitat d'any), 394 al 2010 i 234 persones fins el 30 de juny de 2011, de les quals la substància en 1067 era substància de cànnabis i en 3 eren de cocaïna. Segons la nacionalitat fins el 30 de juny del 2011, 189 eren nois i noies de nacionalitat espanyola i 45 de nacionalitat estrangera aquest punt també és molt important per que el consum de substàncies com per exemple l'alcohol varia molt depenent de determinades cultures i això també ho hem de tenir en compte. Segons el sexe tenim que fins el 30 de juny de 2011 la majoria eren nois i havia un tant per cent petit de noies. Per districte, o sigui per lloc de residència, no per lloc de multa ja que els llocs de multa varien, depèn dels llocs d'oci o si hi ha més o menys parcs. Per lloc de residència veiem que a l'Eixample fins el 30 de juny despunta bastant, Nou Barris no despunta tant i una qüestió que ens crida l'atenció és que Ciutat Vella té molt pocs, hi ha varis factors per explicar això, un factor pot ser el nivell d'edat de la població, també es planteja que a Ciutat Vella una determinada part dels menors que hi ha difícilment els multaran en aquest sentit perquè tenen unes estratègies diferents. Adolescents atesos donats d'alta segons edat hi ha des de 14 anys fins als 18. Ens vénen a vegades que els hi manca una setmana per complir els 18 anys i els atenem i llavors són majors de 18 anys però el nucli important és del 16 als 17 anys.

L'altre punt important és els que han fet abandonament d'estudis: hi ha uns 30 que han fet abandonament d'estudis i que no fan res. Aquests evidentment són una qüestió de factor de crisi important. Dificultats escolars, poca realització d'activitats escolars, abandonament de les activitats escolars i en la qüestió de cribatge de consum de risc, que aquest seria un punt important, tenim 46 adolescents de 234 que hem considerant que hi ha un risc de consum alt de cànnabis i aquests són els que hem fet derivació al CAS d'Horta-Guinardó.

Per finalitzar, l'acollida al programa podria semblar que al ser per denúncia en via pública té una acollida una mica complicada per part de pares i per part de joves, però les enquestes que passem al final ens demostren el contrari. Els joves, reconeixent que els hi ha servit i que els hi anat força bé, i el pares, que els hi ha servit tant per posar la problemàtica sobre la taula que no hi era com per donar un pas que ja volien donar però que no acabaven de fer en relació al menor.

PROTOCOL D'ATENCIÓ A ADOLESCENTS I JOVES DEL CAS D'HORTA-GUINARDÓ.

Ús i consum de drogues en els adolescents

Jaume Serrano

Psiquiatre coordinador CAS Horta-Guinardó (ASPB)

En la meua intervenció explicaré el treball que fem des del CAS d'Horta-Guinardó per a atendre a joves i adolescents amb trastorns per ús de substàncies (TUS).

Per a començar hem de considerar que l'adolescència és una etapa de canvis (maneres de funcionar, d'estructura, de vestimenta, de relacions, indumentària, estètica,...) que no han d'estar necessàriament vinculats al consum de drogues. De fet, segons les enquestes que l'Observatori Nacional de Drogues que el PND ve realitzant des de l'any 1994, el consum d'alcohol, tabac i cànnabis ha disminuït en la població jove. No obstant això, un tema que ens preocupa és l'edat d'inici del consum ja que l'inici precoç és un factor que augmenta el risc de dependència i dificulta el tractament. En aquest sentit, l'inici de consum de tabac, alcohol, heroïna, tranquil·litzants i cànnabis està entre els 13 i 15 anys. El consum de cocaïna i drogues de disseny es a partir dels 15. Segons aquestes mateixes dades de l'Observatori, l'ús de drogues entre gent jove està associat majoritàriament a consums puntuals en llocs d'oci i solament uns pocs casos tenen a veure amb el consum continuat o recurrent.

El criteri principal per a determinar que un jove és un consumidor habitual és l'ús recurrent de drogues durant un període superior als dotze mesos. Si aquest consum abusiu es manté, els mecanismes de tolerància s'activen i això fa que la persona necessiti cada vegada més quantitat de droga per a respondre a les demandes del seu organisme. L'activació dels mecanismes de tolerància (desig mantingut) repercuteix negativament a nivells personal, ambiental, familiar, físic i psicològic. Aquestes repercussions tenen a veure amb la pèrdua d'hàbits quotidians i amb la instauració d'una conducta dirigida gairebé exclusivament a la recerca i consum de substàncies. Quan tenim aquesta situació, és a dir, que hi ha una dependència física i psicològica, podem dir que es tracta d'una situació clara de dependència.

El tabac i l'alcohol, substàncies que estan més integrades, admeses i fins i tot promogudes a nivell social, estan darrere de tots els problemes de consum actuals. Fins i tot ara s'està començant a relacionar el tabac amb el trastorn de dèficit d'atenció (TDAH) i trastorns de conducta.

Per entendre com l'ús de drogues afecta als adolescents hem de saber que el cervell necessita madurar i desenvolupar-se perquè funcioni de forma perfecta. Durant l'adolescència es produeix la fase de "frontalització cerebral" o maduració del lòbul frontal, que regularà funcions fonamentals per la nostra vida. Si es produeix un consum reiterat de substàncies en una etapa inicial del desenvolupament, estem impeding que el cervell es construeixi de forma adequada. Per tant, elements bàsics del nostre comportament i del nostre raonament no funcionen bé. Per exemple, a l'entorpir el desenvolupament normal del lòbul frontal per l'ús de drogues, estem afavorint l'aparició de problemes relacionats amb l'alteració de desitjos, el control de les emocions, la memòria, llenguatge o les decisions. Aquests problemes són la causa de greus alteracions del comportament i la conducta. L'exposició a l'alcohol abans dels tres anys, per exemple, incrementa en un 30% el risc de generar dependència. Si l'exposició es dona després dels 20 anys el risc disminueix per sota del 10%. Evidentment, aquests percentatges estan relacionats amb el sexe de la persona (més risc al sexe femení, que metabolitza menys l'alcohol), els antecedents familiars i situacions d'estrès emocional.

A més de la càrrega genètica i de problemes en la gestació i el part, els factors que poden determinar alteracions de la conducta són la presència o el risc de tenir alteracions psicopatològiques, la

presència o el risc de tenir trastorns per l'ús de substàncies o la patologia dual (trastorn psicopatològic i ús de drogues al mateix temps). Per tant, pares i professors hem d'assegurar-nos que aquesta etapa de transició a l'edat adulta es desenvolupi tan bé com sigui possible, ja que si tenim un jove sa tindrem també un adult sa.

Respecte al nostre treball en el CAS d' Horta-Ginardó diré que va començar al 1999 tractant problemes relacionats amb l'abús d'alcohol, després es va ampliar a totes les drogues menys opiàcies i a finals del 2007, per requeriment de l'Agència de Salut Pública, vam estendre el Protocol d'Atenció a Adolescents i Joves de 14 a 18 anys. L'objectiu va ser atendre aquests problemes amb criteris diagnòstics del DSM IV i/o CIE 10, considerant una intervenció basada amb els nois/es i les seva família sempre que sigui possible, i tot en l'àmbit del districte i la ciutat de Barcelona.

La primera fase del treball correspon a la feina motivacional de captació i retenció doncs és evident que aquests joves no solen acudir al CAS per iniciativa pròpia. Després el psicòleg, que és el professional de referència, fa una avaluació del grau d'abús i dependència. El psicòleg assumeix el seguiment del cas i deriva a la resta dels professionals de l'equip per completar l'avaluació i seguiments. El pas següent és l'avaluació mèdica, orgànica i psicopatològica que ha de portar a terme els metges i psiquiatres. Addicionalment, en els casos que faci falta desintoxicar o afegir pautes per a tractar la psicopatologia associada, es tracta farmacològicament. També es fa una valoració social en la qual es considera l'ús que fa del temps lliure, si està escolaritzat o no, la situació familiar o si té problemes judicials. Finalment, dintre dels protocols associats que determina l'Agència de Salut Pública es realitza una analítica bàsica, descartar infecció tuberculosa i serologies HB, HC, VIH i Lues i es controlen les vacunes, especialment la de l'hepatitis A i B.

Hi ha quatre nivells d'intervenció. Un primer nivell "d'acollida" en el qual es valora si el cas l'ha de dur el CAS. Segon, la "valoració" diagnòstica en la qual es determina el PTI (Pla Terapèutic Individual), així com els objectius i els criteris terapèutics, mèdics i socials que es seguiran durant el tractament. Després d'aquestes dues etapes ve un procés de "seguiment" i avaluació que finalitza amb "l'alta". Evidentment no sempre les coses succeeixen d'aquesta manera, hi ha pacients als quals costa donar l'alta i hi ha d'altres que abandonen abans d'acabar el tractament.

Els protocols que seguim amb els joves són: psicoeducació, psicopatologia, intervenció familiar, teràpia individual, orgànics, i socials. Aquests protocols són l'adaptació dels protocols que tenim per als adults. Tot el treball es realitza de forma compartida i coordinada amb el CSMIJ o el CSMA (Centres de Salut Mental Infanto-Juvenils o d'Adults).

Segons les dades de les Memòries del CAS H-G del any 2010, tenim que de les 816 PV (primeres vistes), 72 corresponen a adolescents i joves. Per droga principal, 47 corresponen a cànnabis, seguida del tabac (10), l'alcohol (7) i la cocaïna (7). El cànnabis és la droga més freqüent entre els joves de 16 o 17 anys. El consum de tabac i alcohol es dona especialment en joves que superen els 17 anys. Per sexe, el 83% dels consumidors són homes i la resta, dones.

Ara ens centrem en els criteris d'abús i dependència, que és el motiu principal pel qual les persones acudeixen al CAS. Per sota dels 17 anys tenim un 40% de pacients amb criteri d'abús i un 60% amb criteri de dependència. En edats superiors als 17 anys, la dependència puja fins al 81%.

Referent a la patologia orgànica i la psicopatologia, 22 adolescents (30%) van tenir problemes mèdics, la majoria eren problemes al·lèrgics i patologia respiratòria o mixta, vinculada gairebé sempre al consum de tabac i cànnabis. 23 adolescents i joves (32%) van tenir algun criteri diagnòstic relacionat amb psicopatologies: 8 pacients són TDAH, 5 van tenir trastorns psicòtics i 6 trastorns de conducta i 8 altres trastorns.

Altres temes importants que vam estar repassant l'any anterior en relació amb les històries clíniques era que un 51,4% dels pacients tenien antecedents de familiars de primer o segon ordre amb consum actiu de drogues. Com veiem els antecedents incrementen el risc de tenir problemes d'aquest tipus. Un 25% dels adolescents i un 30% dels joves eren estrangers, la majoria sud-americans.

Finalment, vull donar a conèixer els resultats d'una enquesta que vam fer al 2007 i que es va a replicar al 2010 sobre les edats d'inici del consum i perfil des del Grup de Treball d'Adolent i Joves de la Coordinadora de CAS de Catalunya. Aquesta enquesta es va realitzar en 18 CAS que atendien a joves i 23 CAS que atendien una població de major edat. Els resultats mostren que l'edat d'inici en els adolescents està entre els 15, 16 i 17 anys. Del 2007 al 2010 la relació entre nois i noies consumidors ha variat una mica. Ara s'ha incrementat el consum entre els nois, sobretot entre els més joves.

La droga que motiva la majoria de les consultes és el cànnabis, amb un 86% entre els més joves i un 67% entre els més grans. El consum de cocaïna, a diferència dels que succeïa en el 2007, ha disminuït. Segons algunes interpretacions això es deu a la crisi econòmica i l'atur. En la situació actual molts joves no treballen i això els du a passar-se a altres drogues com el cànnabis, a l'alcohol o al tabac. També han aparegut inhalans, sobretot entre la població marroquina.

A nivell general, entre els més petits hi ha un 12% d'ús, un 50% de dependència i un 38% d'abús. Entre els més grans la dependència s'incrementa fins al 67%. En aquest sentit, si mirem les dades del 2007, la dependència entre els més joves era de solament un 21% la qual cosa significa que ha augmentat un 50%.

El TDAH són les patologies associades al consum més freqüent entre els més petits, després estan els trastorns disocials, de conducta i negativista. Entre els joves augmenta els trastorns psicòtics o de personalitat.

Com a conclusió, les actuacions que hem de seguir en el futur han d'estar enfocades a la detecció precoç i la valoració, l'acollida i la derivació dirigides, les intervencions motivacionals orientades al canvi, facilitar la derivació per realitzar programes preventius i/o de tractament, augmentar la intervenció familiar i el seguiment i realitzar una major coordinació entre els diferents recursos implicats. També, s'ha de millorar en el tema de la captació i l'adherència doncs és un dels problemes més importants que tenim els professionals. Finalment, pel que fa referència a tractaments, aquests han de ser "multi-components", és a dir que puguin intervenir diferents professionals en funció de la situació. La prevenció de recaigudes i l'educació sanitària addicional no es pot descuidar.

L'EXPERIENCIA DELS TÒXICS EN ELS ADOLESCENTS

Carmen Grifoll

Fundació Nou Barris per a la Salut Mental

A pesar de les estadístiques i que tots sabem que els joves consumeixen droga, el consum de tòxics no és el primer motiu de consulta en el nostre servei. De fet, quan sorgeix, sol ser la causa d'altres patologies com la crisi d'ansietat, la inhibició, el fracàs escolar, etc. A més, els pacients que atenem no mostren dependència a les drogues sinó un consum esporàdic. Si detectéssim algun tipus de dependència derivaríem el pacient al CAS, que és el centre especialitzat en droga i addicció.

Personalment crec que l'origen d'aquesta contradicció, és a dir, de la falta de relació entre el consum

i el nombre de pacients atesos, es deu a dos motius: perquè els joves no consulten i perquè hi ha una forma de consum considerada normal.

El primer, com vam dir, és que els adolescents no consulten o consulten poc. Per tant, si no hi ha consulta tampoc pot haver vinculació. Consulta i vinculació són dos greus inconvenients als quals ens enfrontem els especialistes. Però, per quins motius els joves no consulten? La raó és que moltes vegades la droga és la conseqüència d'una altra malaltia. En efecte, hi ha dues maneres d'entendre el consum de droga. Podem entendre el consum de droga com la causa d'una malaltia o com la seva conseqüència. En la població que nosaltres atenem passa això últim, és a dir, la droga ve a tapar, a “temperar”, algun tipus de malestar. Podem dir, per tant, que la droga apaivaga aquest altre malestar i les consultes solen estar relacionades amb aquest malestar, no amb el consum de droga en si mateix.

El segon motiu que explica la falta de relació entre el consum i el nombre de pacients atesos és que hi ha una part del consum que es considera normal avui dia. Això fa que aquest consum estigui associat a les particularitats de cadascun: la seva història, la manera de vincular-se amb els objectes, etc. En aquest sentit, el qui ve a tractar-se ho fa perquè és conscient que alguna cosa li passa i que això que li passa està per fora del consum acceptat socialment. De fet, la majoria dels joves arriben per primera vegada al centre per una alarma social (per exemple, ens criden des de l'escola per comunicar-nos que un jove es troba malament) o per haver passat per una experiència negativa consumint droga. Hem de diferenciar, per tant, entre consum i drogoaddicció per evitar que els joves rebutgin el tractament.

En general, el consum pot estar vinculat a la necessitat d'establir llaços socials, a un moment d'angoixa o desorientació o per pal·liar, en el cas de patologies greus, una inquietud corporal. El nostre treball és determinar quins d'aquestes tres factors té el consum per a cadascun dels nostres pacients. D'aquesta manera, estarem oferint a la persona una alternativa de tractament. Per contra, si fem directament el diagnòstic de drogoaddicte, possiblement ens equivocarem.

Un altre tema que vull tractar té a veure amb la família i la derivació. Hi ha un nombre elevat de pacients joves que tenen algun familiar pròxim amb algun tipus d'addicció, generalment alcohol o drogues dures. Encara que això no significa que els joves hagin de sofrir necessàriament les conseqüències directes de l'addicció dels seus pares o altres familiars, si és cert que molts dels nens que atenem presenten símptomes derivats d'aquesta situació (pors, malsons). Per tant, parlant de la detecció i la prevenció en adolescents, en el moment de tractar als adults s'haurien de fer servir els protocols de derivació com les interconsultes. Mitjançant aquest mecanisme, un professional que compleixi la funció de derivador pot consultar-nos per a determinar si és pertinent o no la derivació. És important, per tant, que puguem establir aquests circuits.

DIFICULTAT DEL SERVEI DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA EN ELS PACIENTS QUE PRESENTEN PATOLOGIA DUAL

Maaria-Jesús Abadía i Javier Piris
Psicòlegs del SRC Dr. Pi i Molist

Nosotros vamos a presentar un estudio exploratorio sobre del perfil del consumo de tóxicos por parte de la población que asiste al Centro de Día y Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC). Este estudio intenta concretar el nivel de consumo así como las características de los sujetos que lo llevan a cabo en el contexto del SRC de Pi i Molist y ante la posible implantación en el futuro de un programa específico para la patología dual. A continuación os explicaremos el marco teórico y posteriormente los resultados.

Comenzaremos explicando a qué nos referimos con patología dual. La patología dual es la concurrencia en una misma persona de un diagnóstico de trastorno de salud mental y otro de consumo de sustancias. La patología dual es un concepto que ha ganado en los últimos años bastante importancia. Estas personas suelen requerir un mayor número de ingresos, presentan conducta de riesgo a infecciones y mayores tasas de desempleo y marginación.

A pesar de su importancia, la patología dual suelen ser casos difíciles de detectar porque su sintomatología psiquiátrica, sobre todo los síntomas más agudos, tienden a tapar el tema del consumo. Según el consenso alcanzado en los últimos años, es aconsejable orientar a intervenciones más integrales tal y como lo marca el último plan director de salud mental y adicciones. No obstante, a pesar de ello, la mayoría de las experiencias en cuanto a intervención integral suelen ser a nivel de ingreso y a nivel ambulatorio. Las intervenciones se suelen realizar en paralelo. Esto quiere decir que existen unos recursos y unos profesionales especializados en cada uno de los problemas. A nivel de salud mental, la rehabilitación la trabajaríamos en el servicio de rehabilitación y a nivel de consumo, en otros dispositivos como pueden ser el CAS.

No obstante, hay alguna experiencia piloto a nivel de rehabilitación como la que iniciaron Fernández y Touriño en el 2006. De esta experiencia se extraen una serie de recomendaciones:

- Necesidad de una evaluación inicial más exhaustiva y mayor frecuencia a la hora de actualizarla, dándole prioridad al entorno social.
- Una mayor formación y entrenamiento específico en este tipo de intervenciones a los profesionales que la lleven a cabo.
- Utilización de herramientas y protocolos específicos.
- Una intervención global que motive al cambio, que incida en aspectos psico-educativos y que se focalice en la prevención de recaídas.

Anteriormente, en el SRC o Centro de Día existía la sensación profesional de que había una alta presencia en patología dual y que, además, esta presencia iba en aumento. Aunque se realizaba una atención específica pues se consideraba un factor de riesgo y de posibles descompensaciones, la intervención se realizaba caso por caso y de una forma no estandarizada o protocolizada. En general, detectamos una dificultad para situarnos en este nuevo marco.

Por ello, lo que nos planteamos como primer paso, fue la realización de un pequeño estudio que nos orientara un poco más sobre el tipo de población y el tipo de problemática con el que podíamos tratar. A pesar de ser un estudio inicial, este pretendía ser riguroso pero al mismo tiempo, práctico. Su finalidad es acercarnos al tema y utilizarlo como un instrumento de trabajo, no es un estudio con fines científicos. Los objetivos de este estudio eran: establecer un perfil general de usuarios del Centro de Día, estimar el consumo actual de sustancias psico-activas por parte de los usuarios del servicio y conocer el perfil concreto de los usuarios con consumo actual y las variables que puedan tener mayor importancia en el mismo. La metodología que seguimos era la de un estudio estadístico correlacional mediante contraste de medias, es decir, intentar averiguar que variables tenían mayor relación a través de un muestreo aleatorio simple. Los datos los hemos obtenido de la historia clínica del paciente. Las variables que hemos tenido en cuenta son demográficas (edad, género), el tiempo de vinculación al recurso, el diagnóstico, la situación de soporte social, si existía o no vinculación a recursos específicos, el nivel de consumo y el tipo de sustancias consumidas.

Los resultados de este estudio son los siguientes. Según los datos demográficos, de las personas que asisten al servicio de rehabilitación comunitaria/centro de día, el 63% eran hombres, el 33% mujeres y la edad media era de 47 años. El tiempo medio de permanencia era de 23 meses, un 13%

de las personas tenía muy poco soporte social, un 20% vivían con la familia aunque con escaso soporte social y un 67% tenían un soporte social adecuado. El 80% de las personas presentaban un diagnóstico de esquizofrenia y solo había un 7% que presentaban un diagnóstico relacionado con el uso de sustancias. En un 60% de los casos no ha habido sospecha de consumo de sustancias tóxicas. En un 27% había sospecha de consumo actual aunque no se realizó ninguna prueba para corroborarlo. En un 13%, según los informes de los profesionales, había sospecha de que en un momento pasado habían estado consumiendo. Las sustancias consumidas preferentemente eran un 67% el alcohol, un 33% el cannabis, un 17% el abuso de la medicación, un 17% era politoxicología y en cuanto a opiáceos (cocaína, anfetaminas, etc.), no tenemos ningún tipo de medida. Del 7% de personas que estaban consumiendo, solo un 50% estaban vinculadas al CAS. El 18% de las personas viven solas y un 50% de los consumidores tienen muy poco soporte familiar. Hay un 50% de familias con un soporte adecuado frente a un 73% de familias que hacen un soporte adecuado de personas que no consumen ningún tipo de tóxico.

Como conclusiones podríamos decir que según los datos de la muestra, en el 60% de los usuarios del SRC nunca ha habido sospecha de consumo y en el 27% ha habido sospecha pero no se ha podido constatar. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el cannabis. Se encontraron diferencias clínicamente significativas respecto a la vinculación a recursos específicos, solo la mitad de los usuarios con sospechas de consumo se visitaban en el CAS. Por último, es de destacar el poco soporte que tienen las personas que consumen.

2a. TAULA RODONA

PROGRAMA JOVES CSMA

Iván Bernús

Psicòleg CSMA Nou Barris Nord

En aquesta xerrada parlaré del programa de joves CSMA. Primer faré una presentació general del programa, després faré una anàlisi estadística del tipus de joves que atenem (població) i finalment presentaré el resultat i les conclusions

Referent al primer punt, la presentació del programa, diré que els pacients que hem admès durant el 2011 tenen una edat compresa entre els 17 i els 25 anys. El que intentem és que la visites es donin durant la primera setmana de la sol·licitud i en un interval de 7 a 10 dies següents, fer la valoració psicopatològica. Aquesta valoració es realitza mitjançant entrevistes o mitjançant qüestionaris d'intel·ligència i personalitat. A continuació es decideix el tractament i la valoració psicoterapèutica i psicofarmacològica.

La intervenció psicoterapèutica s'inicia la setmana de la derivació. Normalment, la doctora Morató fa les valoracions dels joves. Jo, el dilluns i el dimecres, tinc una franja horària dedicada exclusivament a joves. Per tant, des de la visita de la doctora per a la valoració i posterior derivació a psicoteràpia amb mi, s'intenta que no passi més d'una setmana. En el programa es prioritza un abordatge terapèutic immediat, intensiu i limitat en el temps. Aquest seria l'ànima "màter" del programa de joves.

Encara que hi ha una psiquiatra i un psicòleg en l'equip, si el jove ho requereix, ocasionalment pot haver un treball d'infermeria, un treball social o un treball des del PSI (Pla de Servei Individualitzat).

El segon punt que tractaré és la població amb la que vam treballar. Durant aquest any, 162 joves han sol·licitat una primera visita en el programa des del setembre del 2010 al setembre del 2011.

D'aquests joves, 17 no van assistir a la primera visita, és a dir, un 10% del total. Aquest resultat desmenteix la percepció general de que costa molt vincular als joves doncs, en el cas dels adults, el percentatge s'eleva al 20% o al 25%. És una dada que ens fa mirar amb optimisme el programa i que ens anima a continuar-lo. Per tant, les xifres que donarem a continuació corresponen als 145 joves que van romandre en el programa.

L'edat que majoritàriament els joves contacten amb el programa són els 21 anys (25 joves) seguida dels de 24 anys. Al fer una mitjana de totes les edats, entre els 19 i 23 anys trobem al 70% de la població. Els valors més apartats de la mitjana són els de 17, 18 i 25 anys.

A nivell de gènere, prop del 70% són dones i un 30% homes. Això ratifica el que diuen els estudis, que les dones entren més a teràpia que els homes. A nivell d'estudis, el valor que més es repeteix entre aquests 145 joves és l'ensenyament primari: un 33% de la població que hem atès solament tenen l'ensenyament primari. La formació professional i el batxillerat són el segon tipus de formació, amb un 19,3%. Després estan els joves que té el graduat escolar, un 15%, i estudis universitaris un 12%. La mitjana respecte a estudis d'aquests 145 joves és la formació professional.

Pel que fa a l'activitat laboral, d'aquests joves un 37,2% està en actiu i un 21,4% està a l'atur. Aquesta xifra ens va sorprendre, especialment per l'època de crisi per la qual travessem i en la que hi ha una taxa d'atur juvenil del 45%. Addicionalment, hem de considerar que hi ha joves que estudien (24%) o estudien i treballen (2.8%) al mateix temps.

Els tipus de convivència més freqüents són el familiar amb un 64% i el reagrupament familiar amb un 13,1%. En el reagrupament familiar es considera al jove (o fins i tot adults) que torna a viure amb la mare o el pare separats i que moltes vegades tenen més fills amb el seva nova parella. El tercer percentatge que predomina és el de la família pròpia (13%), especialment dones que tenen la seva pròpia família. De fet, de les 99 dones que formen aquest grup de joves, 15 (15%) ja han estat mares. Tot això genera, evidentment, una tensió i una intensitat en el tractament. El 90% de la població de joves són solters i solament un 1,4% estan separats. Referent a l'origen, 120 joves són de nacionalitat espanyola i 19 llatinoamericans (4 o 5 d'Hondures, 4 de Perú i 3 d'Equador). Altres procedències són Itàlia, El Marroc, Pakistan, Polònia i Portugal.

A continuació, presento algunes estadístiques relacionades amb la vinculació: El 89% dels joves ha vingut per iniciativa pròpia o perquè el metge de família, la família o el psiquiatre els convencen de la necessitat de buscar ajuda. Un 46% dels joves no han tingut mai antecedents psicopatològics personals. No obstant això, si ho mirem d'una altra manera, el 54% ja han tingut antecedents psicopatològics i han contactat amb professionals abans del programa. Aquesta és una dada que hem de tenir present i que ens anima a intervenir de forma precoç per evitar la cronificació de certes patologies.

Respecte al tema que ens ocupa en aquestes jornades, l'abús i dependència de drogues, un 81% dels joves ha assegurat que no consumeix tòxics o que fa un consum moderat d'alcohol durant els caps de setmana. Hi ha un 10% de gent que reconeixen tenir un consum i dependència del cànnabis, un 1,4% reconeixen tenir dependència a l'alcohol i un grup reduït accepten la seva dependència a diverses drogues com són l'alcohol, el cànnabis i la cocaïna.

A nivell de diagnòstic ens hem trobat amb tres grans grups: trastorns adaptatius, trastorns d'ansietat amb un 18,1% (amb crisi de agorafòbia o atacs de pànic) i trastorns afectius (episodis depressius lleus) amb un 11,1%. A més d'aquests tres tipus de trastorns, també són motiu de consulta clínica els problemes psicosocials com són els problemes de relació amb els pares o els problemes conjugals.

Per finalitzar diré que un 63% dels joves tenen tractament psicofarmacològic i psicoterapèutic, un 20% solament psicoteràpia i el 17% rep atenció amb el psiquiatre. Un 36.5% de joves han estat donats d'alta, 26 joves per alta clínica per objectius complerts, 14 no s'han vinculat, 10 han abandonat, 5 han estat derivats a altres serveis i 2 han canviat de domicili.

ABÚS, DEPENDÈNCIA DE TÒXICS EN USUARIS DEL CSMA

Esteve Bonet

Psiquiatre CSMA Nou Barris Sud

En aquesta xerrada intentaré respondre a les preguntes més habituals que feu els familiars a la meua consulta i que poden ser: com ho faig per tractar al meu fill? Com l'hi he de parlar? Que puc fer per comunicar-me amb ell? Que puc fer per ajudar-lo?

Em centraré en parlar sobre la comunicació amb la persona que té un problema de toxicomania i de salut mental. M'he basat en un llibre que va marcar-me molt quan el vaig llegir i que es diu "L'entrevista motivacional". Amb aquest llibre vaig formar-me en la rotació de drogodependències a l'Hospital de Sant Pau i crec que és un llibre que inclús els familiars se'l poden llegir ja que no té un argot mèdic ni té paraules rares. Aquest llibre parla de l'atmosfera que s'ha de crear entre el terapeuta i el pacient i que d'alguna manera crec que es pot traslladar a l'atmosfera que hauríem d'intentar, tot i les dificultats, entre el familiar i el fill que té el problema.

Primer que tot intentaré presentar el que "fem malament dins la família" encara que entenc que això costi de fer, ja que les famílies que vénen a la consulta estan molt desesperades i tenen una preocupació molt gran perquè tenen un fill amb un problema de toxicomania que s'està intoxicant, que no se'n surt i que senten que està llençant la seva vida per la borda. No se sap cuidar i que a sobre no demana ajuda als familiars sinó que cau en el tòxic, cau en males companyies i això dona una impotència molt gran. En molts casos inclús arriba a posar-se agressiu verbal o físicament, que pot robar a la família, que ven objectes i que porta els familiar a uns límits molt dolorosos. Per això, el que ara proposaré se que no es fàcil però d'alguna manera es el que hem d'intentar el terapeuta i el familiar.

Us he posat un diagrama que està basat en l'anàlisi transaccional i que és un tema de psicoteràpia on es veu en forma d'esquema la interacció que no va bé tant si la fa el terapeuta com si la fa el familiar. Si en la interacció pare-fill, el pare fa comentaris al fill, ja sigui perquè arriba a casa intoxicat o n'està fins al cap d'amunt, del tipus "fill meu no tens força de voluntat", "fes el favor de deixar de consumir", "ves al metge", frases imperatives en les que li estem dient el que ha de fer, l'estem criticant etc... d'alguna manera fem una interacció que des de la part nostra de pare és normal que ens surti perquè de fet heu estat pares tota la vida d'aquell fill, heu estat divuit o vint anys cuidant-lo i és normal que surti aquesta part de fer-li de pare tot i que sigui un adult, però el que passa és que l'estem comunicant amb el seu nen, es a dir, dient-li aquestes afirmacions d'alguna forma no l'estem veient capaç de respondre's amb aquestes preguntes amb aquestes necessitats, l'estem veient com incapaç d'alguna forma.

En aquesta primera seqüència la interacció amb el fill fa que després aquest fill ens contesti des del nen al pare i el que ens diu és com un nen "deixa'm en pau", "no és veritat", "no consumeixo", "t'odio", aquest fill respon des del nen rebel i aquesta pauta de comunicació d'anades i vingudes, no és que sigui responsable en cap cas, però afavoreix que el nostre fill segueixi consumint i no ajuda al problema.

El que proposen la doctora Grifoll i el doctor Serrano, des de la seva vessant terapèutica, és que hi hagi una comunicació d'adult a adult. Nosaltres li plantegem a l'adolescent o al qui sigui "escolta,

analitzem el problema i veiem el beneficiós o el perjudicial de consumir i que ell mateix respongui a la pregunta de què pot fer? De si realment té un problema i que pot fer per solucionar-lo, li potenciem la part adulta, ens comuniquem d'adult a adult. Això seria l'ideal. Exemples de preguntes del tipus: creus que tens un problema?, que et fa consumir?, quines solucions veus en el que et passa? Es a dir, acceptar que hi ha una part que el fa consumir, que obté un benefici del consum i entindreu per que sigui ell qui proposi la solució. És probable que si això ho fem i persistim podem canviar la comunicació fins al punt que aquest fill ens contesti des de l'adult. Si ens contesta des de l'adult podem guanyar la seva confiança per explicar-nos que potser consumeix per oblidar-se dels problemes, perquè se li ha mort algú i té molta pena, per animar-se, per les relacions socials, perquè ho fan tots els amics, per sentir-se que forma part d'un grup i finalment ens pot demanar d'anar a un metge. Aquesta comunicació seria millor però entenc que no és fàcil.

El que ens podria anar bé apuntant algunes idees extretes del llibre "L'entrevista motivacional" és que hem d'entendre el poder de l'addicció, es a dir, el pacient, la persona, el nostre fill moltes vegades s'enganya a si mateix i ens enganya a nosaltres. Es pot crear unes mentides que més o menys se les cregui, que és el poder que pot tenir també la droga. Després el tema és no incidir en que no consumeixi això no l'ajuda, és més de vegades el que ens va bé als terapeutes i això està documentat en "*la terapia breve estratégica*" es dir-li "entenem que consumeixis" i anar en favor del no canvi, és a dir, "clar jo entenc que consumeixis perquè et poses eufòric i t'ajuda a tal.." si alguns cops anem a favor del no canvi llavors ells en poder arribar a dir "Ai no! és que ho he de deixar perquè la memòria de treball, les capacitats cognitives se'n tocan" i llavors podem afavorir el canvi curiosament. És molt important potenciar la seva part adulta.

El tema de les recaigudes és difícil per la família, pels terapeutes també però les recaigudes són habituals i no les hem de veure com un fracàs.

Hem d'analitzar constructivament les raons que han portat a recaure i entindreu, valorant el temps que han estat sense recaure. Hi ha una frase que dieu els terapeutes que us dediqueu a això i que diu "Cada recaiguda t'acosta més a la recuperació"; és una frase que intenta motivar la persona. No forçar ni empènyer massa al nostre fill, no donar etiquetes, de vegades posem una etiqueta i ja està identificat i d'alguna manera ja no ens movem d'allà (etiquetes d'alcohòlic, consumidor d'haixix) amb les etiquetes s'ha d'anar molt en compte. No confrontar massa la persona i entendre també la fluctuació, és a dir, que a vegades la persona que consumeix està ambivalent, alguns cops vol canviar, deixar de consumir i en canvi hi ha moments que vol seguir consumint i aquesta etapa que diem d'ambivalència és habitual durant un temps i hem de tenir paciència.

Potenciar que el pacient pot, esperança i optimisme i intentar crear un atmosfera positiva pel canvi.

Per acabar diré una frase d'un senyor que és una mescla de poeta i científic, Goethe, un romàntic alemany de mitjans del segle dinou i que diu "*si tratas una persona como es, permanecerá como es, si la tratas como si fuera lo que debe y puede ser, se convertirá en lo que puede y debe ser*", és a dir, que hem de tenir esperança, hem de tractar al nostre pacient i el nostre fill com si estiguéssim convençuts i n'hem d'estar, que se'n pot sortir, és a dir, hem de tenir fe.

Ana Maria del Cuerpo
Infermera CSMA Nou Barris Sud

El CSMA és un recurs especialitzat, dirigit a la població general i especialment a les persones amb trastorns mentals greus, que presenten dificultats en el seu funcionament psicosocial d'integració en la comunitat. El centre és l'encarregat de vetllar per la salut mental de la població de la seva àrea de influència, realitzant la valoració, diagnòstic i tractament integral de la persona.

El CSMA és la capçalera del circuit assistencial de psiquiatria, atén de manera ambulatoria les consultes clíniques en salut mental, realitza les tasques encaminades a la prevenció de la salut i participa en els processos de rehabilitació i reinserció de las persones afectades per trastorns mentals. Els trastorns mentals severos (TMS), son un dels problemes de salut que mereixen una atenció prioritària, exigint dels serveis de salut mental la realització de programes específics. El terme Trastorn Mental Sever o TMS s'utilitza per definir el conjunt de pacients amb malaltia mental que pateixen una discapacitat elevada y que presenten dificultats en el seu funcionament psicosocial i en la seva integració en la comunitat.

Per poder ser atès al programa TMS el pacient ha de tenir diagnosticat trastorns esquizofrènics, depressió major recurrent, trastorn bipolar, trastorn límit de personalitat, paranoia, agorafòbia amb crisi d'angoixa, trastorn obsessiu compulsiu, personalitat esquizotípica. Els pacients han de tenir antecedents de dos anys de malaltia mental o dos anys o més de tractament. La gravetat clínica es medeix amb l'escala GAF (Avaluació de l'activitat global) amb una puntuació inferior a 50 punts. L'evolució ve determinada pel pronòstic clínic i s'objectiva per una utilització determinada dels recursos assistencials.

En parlar del que es coneix per patologia dual, direm que es una patologia que es defineix de forma genèrica com l'existència de dos diagnòstics, es a dir, presentar un trastorn de curs de tòxics o substàncies i un trastorn psiquiàtric associat, per exemple un pacient que presenta esquizofrènia paranoide i que a més a més consumeix alcohol o cànnabis o algun altre tipus de substància.

La prevalença oscil·la entre un 20% i un 60% de tots els pacients amb trastorn psiquiàtric podent arribar fins al 85%, que jo crec que és bastant. El consum de substàncies tòxiques en pacients amb malaltia mental produeix un augment del seu deteriorament cognitiu que ja està bastant afectat pel curs de la pròpia malaltia.

En els CSMA, en general s'estima que entre un 30% i un 50% dels pacients poden presentar algun problema relacionat amb l'abús d'alcohol.

Al nostre Centre de Salut Mental hi ha un percentatge d'uns 800 pacients, no arribem a tant. Un 23% consumeixen substàncies dins del programa TMS i un 11% del total de pacients. La part més important que jo crec que s'ha de comentar més, una possibilitat és fer un taller psicoeducatiu com per exemple la Unitat d'Aguts de Sant Rafael que ja l'està fent i creiem que quan aquests pacients surtin amb l'alta puguin continuar rebent una educació sanitària a nivell ambulatori en els Centres de Salut Mental.

En aquests grups, en diferents sessions, es podran tractar temes per adquirir coneixements bàsics sobre la seva malaltia i així augmentar la consciència de la malaltia. És important: l'adhesió psicoactiva (les propietats, quins efectes indesitjables provoquen i el risc de descompensació farmacològica (la importància de prendre la medicació o de no deixar-la); informar sobre les substàncies del trastorn psiquiàtric que comporta el seu consum). També s'ha de treballar la

importància d'adquirir uns bons hàbits de salut que siguin regulars com per exemple: anar a dormir sempre a la mateixa hora, tenir uns horaris de menjar i controlar l'estrès i l'ansietat mitjançant tècniques de relaxació; desmitificar els mites populars de la malaltia tractant de vèncer l'estigma social per exemple: l'esquizofrènic és agressiu, no te'n pots fiar d'ell, es perillós, és menys que un altre (totes aquestes coses condicionen molt l'autoestima del pacient); esbrinar què saben sobre la droga, quines creences en tenen, si són reals o no, exemple un "porro" és un droga blanda, el "porro" és menys tòxic que fumar una cigarreta i informar-los dels efectes que desconeixen, dels perills per a la salut, descobrir i entendre el perquè del consum (aïllar les veus, ajudar a dormir, fer desaparèixer la tristesa, adaptar-se a la resta, per exemple, en un bar estem bevent alcohol, ens socialitzem amb altra gent). Millorar l'autoconfiança alhora de comunicar-se amb els altres desinhibeix i per últim ajudar a assumir la responsabilitat però sense culpabilitzar-se en excés doncs pot paraitzar el canvi, una culpa excessiva desanima a la persona i l'impedeix motivar-se, se li fa tot una muntanya i encara li costa més poder afrontar els problemes.

Cal aclarir que aquest grup no es una eina per fer una desintoxicació o una dehabituació de les substàncies tòxiques, per això ja están els CAS, centres d'atenció especialitzats en drogodependències, on es fan teràpies específiques per a aquest problema. Simplement, i cada cop més s'intenta donar una atenció integral al pacient amb TMS, que juntament amb els altres dispositius de la xarxa, puguin integrar-se a la comunitat i que tinguin una millor qualitat de vida.

Conclusions: les intervencions d'infermeria en pacients amb Trastorn Mental Sever i toxicomanies, milloren l'autonomia en les activitats de la vida diària, prevenen la desvinculació, milloren l'adherència i seguretat en els tractaments farmacològics.

Disminueixen les visites als serveis d'urgències, controlant els pacients " freqüentadors" i redueixen el nombre d'ingressos hospitalaris al poder detectar, de manera precoç, els signes de descompensació.

ABÚS DE TÒXICS EN USUARIS DEL PROGRAMA PSI

David Batalla

Equip PSI Nou Barris

Explicaré el treball que fem en el PSI de Nou Barris amb els usuaris que consumeixen algun tipus de tòxic i que estan inclosos en el programa.

Primer faré una petita explicació del nostre programa. El nostre programa és un mètode organitzatiu que serveix per gestionar els casos de trastorn mental sever que tenim en la comunitat de Nou Barris. Intentem buscar una millora de la qualitat de vida dels pacients mitjançant una intervenció global, és a dir, que abasti no solament la salut mental sinó que procurem comunicar-nos amb tots els dispositius que trobem en el barri: ambulatori, serveis socials, etc. El que vam buscar especialment amb el programa PSI és un vincle amb l'usuari que ens permeti que aquesta persona ens pugui comentar les seves preocupacions i el seus símptomes per avisar de manera ràpida als referents que tinguin en el CSMA, serveis socials o a l'ambulatori.

La nostra metodologia de treball està basada en la proximitat: normalment intentem anar a buscar al pacient allà on estigui abans d'esperar que sigui ell qui s'acosti. Estem basats en l'accessibilitat, en la disponibilitat, en la flexibilitat d'horari. En aquest sentit, disposem d'un telèfon de contacte en el qual els usuaris ens poden localitzar en el moment que ho considerin necessari (dintre d'un horari). Addicionalment, el fet que els professionals duguem un menor nombre de pacients, ens permet una freqüència de visites més elevada que les que pugui tenir, per exemple, el CSMA.

Una de les nostres peculiaritats és la manera de donar les altes. Les altes es donen de forma molt

lenta doncs a l'haver-se establert un vincle fort amb el pacient, el procés de separació ha de ser gradual per evitar les recaigudes.

La composició del nostre equip és la següent. En Nou Barris som quatre professionals (PSI), més la coordinadora del programa. Els professionals tenim diferents perfils: dos diplomats d'infermeria, un psicòleg i una treballadora social. Tenir aquests diferents perfils ens permet complementar-nos una mica més davant de les situacions que ens trobem amb els nostres usuaris.

On treballem? El nostre treball el realitzem en el domicili de l'usuari (i la seva família, si viu en família), en el carrer (visitant hospitals o centres de dia) i en la comunitat (serveis socials, CAS, Casals, etc.).

A continuació donaré les dades dels usuaris que consumeixen tòxics i que estan en el nostre programa. En els últims cinc anys hem tingut una mitjana de cent usuaris anuals, del 2006 al 2010 el nombre de consums detectats en els nostres usuaris es va duplicar i va passar a ésser del 35%. El fet que el consum es duplicués mentre que el numero de pacients seguia sent el mateix ens va dur a buscar les causes. A l'analitzar les dades d'aquests anys ens vam adonar que l'explicació estava en la disminució de la mitjana d'edat dels usuaris del programa: a mesura que tenim, dins del programa, més població jove, detectem més consum d'alcohol, cànnabis i cocaïna. Les dades també recullen que més de la meitat dels pacients amb els quals treballem són consumidors de tabac.

En el 2011 hem treballat amb 84 persones de les quals 19 consumeixen alcohol o tòxics. El 63% d'aquests 19 pacients que consumeixen els tenim vinculats al CAS o realitzen visites esporàdiques al CAS.

Maria Crespo **Equip PSI Nou Barris**

Intentaré explicar com els professionals de l'equip intentem donar suport a aquests pacients que, a part de la patologia psiquiàtrica, tenen associat un consum d'alcohol i d'altres tòxics.

Els objectius que tenim els professionals del PSI són: donar eines de suport perquè les persones que consumeixen puguin plantar cara al seu problema i, en alguns casos, coordinar-los o vincular-los amb altres serveis per tal de poder fer un treball en comú. Una vegada el pacient i la família han assumit la problemàtica, també tenim la funció de normalitzar la situació, la qual cosa implica la lluita contra els estigmes que pot haver-hi.

Primer, pel que fa al tema de suport tenim dues línies principals d'intervenció: d'una banda tenim la intervenció als pacients i per un altra, a les famílies. De cara al pacient, les problemàtiques amb les quals ens acostumem a trobar són la nul·la consciència de la malaltia, la repercussió que això té en la dinàmica familiar, la falta d'autoestima que es pot generar, el rebuig social amb el qual es poden trobar, la dificultat d'integració laboral, l'empitjorament de la patologia mental i els problemes econòmics. Pel que fa a la intervenció de pacients que tenen consum de tòxics, vam intentar treballar la autocura, que intenti reprendre els hàbits de vida saludables, que sigui conscient que el consum té uns efectes secundaris importants, que intenti mantenir una higiene i uns hàbits de vida saludables.

També intentem treballar l'autonomia d'aquestes persones sobretot en tres branques: en el domicili, en el treball i en el seu temps lliure. A nivell de domicili vam procurar que no abandoni les tasques de la llar i que faci un dia a dia normalitzat. Quant al treball, la nostra funció és fer un seguiment i intentar que compleixin amb les exigències del lloc de treball. En el cas dels pacients aturats, donem

suport per aconseguir la inserció laboral. Pel que fa a l'oci i temps lliure, vam intentar mantenir i potenciar diferents tipus d'activitats.

A nivell relacional, els nostres objectius són procurar que tallin amb la xarxa social amb la que estaven relacionats i que són la causa del consum de tòxics i, alternativament, que millorin les relacions sanes que tenien com pot ser la familiar.

D'altre costat, quan hi ha un consum de substàncies freqüent i important, la funció cognitiva es veu afectada (concentració, percepció i atenció) pel que una altra de les nostres funcions és intentar potenciar que no hagi aquest detriment. La forma de fer-ho consisteix a potenciar la lectura, acompanyar-los a biblioteques, animar-los que duguin una agenda i que es facin responsables de l'administració dels diners.

El segon objectiu té a veure amb el tema de les vinculacions i derivacions amb recursos que puguin ser necessaris i beneficiosos. Per exemple, en alguns casos coordinarem amb el CAS o les unitats de patologia dual per a fer un treball en comú.

És molt important el treball en el tema de la consciència de la malaltia, és a dir, que la persona es doni compte que està fent un consum, que és nociu per a ell i que accepti que pot tenir un problema. A partir d'aquí, l'objectiu és intentar frenar el consum fent que es responsabilitzi i que es doni compte de les repercussions negatives que això comporta.

El suport emocional és fonamental al llarg de tot el procés, és a dir, des de la consciència de la malaltia, passant per l'etapa d'acompanyament i les possibles recaigudes, fins a les fases de depressió i solitud.

L'ABÚS DE TÒXICS EN USUARIS AMB HOSPITALITZACIONS DURANTE EL 2010

Paloma Lago

Psiquiatria i directora del CSMA de Nou Barris

Presento un estudio descriptivo sobre pacientes con una hospitalización en agudos en el 2010. El objetivo de este estudio era analizar la problemática de salud mental y abuso de tóxicos en el sector de Nou Barris, concretamente del Centro de Salud Mental Nord. La finalidad del estudio era reflexionar sobre cómo modificar las cosas que estamos haciendo para obtener tratamientos más eficaces.

Primero, la literatura psiquiátrica ha señalado desde hace décadas que los comportamientos psicóticos y el diagnóstico de psicosis Ng1 son los que determinan los ingresos en la unidades de agudos. No obstante, no son lo síntomas psicóticos los que son determinantes en los ingresos sino que las conductas extrañas como el rechazo a alimentarse, el descuido de la propia higiene, el vagabundeo por la calle, el comportamiento paranoide o las conductas autolesivas, son las que determinan tales ingresos.

Los estudios que se han hecho a nivel internacional en pacientes ingresados confirman lo que venimos diciendo. Por ejemplo, un trabajo de 1984 en el que se estudió la aplicación de los ejes diagnósticos en la toma de decisiones en una unidad psiquiátrica de urgencias. El factor más fuertemente asociado al tratamiento en régimen de ingreso fue el diagnóstico de psicosis Ng1. Otros estudios dicen que los pacientes psiquiátricos con ingresos tienen tasas de abusos de alcohol y de otras drogas por encima de dos o cuatro veces a la de la población general. El estudio ECA encuentra que aquellos pacientes que padecen un trastorno mental presentan una elevada dependencia de abuso de alcohol (22%) y de otras sustancias (15%). El estudio de NCC de Kessler

replicó los resultados del ECA mostrando que el 42,7% de los dependientes de sustancias presentaban un trastorno psiquiátrico comórbido.

De otro lado, nuestro estudio descriptivo está constituido por una muestra de 136 pacientes que fueron ingresados en la unidad de agudos del Hospital de San Rafael en el 2010. El mayor contingente de estos pacientes corresponden al grupo de trastorno psicótico y, en segundo lugar, al de trastornos afectivos graves. Por trastornos afectivos hablamos de depresión mayor recurrente y trastornos bipolares. Además, en el estudio, aparece una mayor comorbilidad con consumo de sustancias. Por género y por edad, en el mismo estudio, tenemos que el 54% de los pacientes ingresados son mujeres y el 46% son hombres. La edad mínima es de 18 años, la máxima de 84 años y la media de 44 años.

Por diagnósticos, tenemos 50% de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos depresivos mayores recurrentes y bipolares un 24%, trastornos neuróticos y distimias graves o somatoformes un 13% y otros diagnósticos un 13%. De los 136 pacientes, 61 tienen un trastorno de personalidad Ng2: paranoide, esquizoide, disocial, etc. De los pacientes ingresados, un 61% solo han tenido un ingreso (no hay ingresos previos), un 41% habían tenido más de cinco ingresos y menos de cinco un 7,4%. Un 28% de los pacientes ingresados en el 2010 han tenido tentativas autolíticas, de ellos un 10% menos de cinco intentos y un 18% más de cinco intentos. Por lo tanto estamos hablando de un nivel de gravedad importante. En relación a otras enfermedades médicas, el 83% no tiene otra enfermedad médica asociada.

Otra variable que consideramos en el estudio era la relación familiar, es decir, si había problemas en el grupo de apoyo. Los resultados muestran que en el 81% no hay problemas mientras que en el restante 19% si los hay. En cuanto a los antecedentes y situación familiar en la infancia, tenemos que en el 93% no ha habido abusos y en el 98% no ha habido maltrato ni violencia doméstica en la infancia. En el 56% de los pacientes había antecedentes psiquiátricos familiares y un 20% ya tenían problemas de salud mental en la infancia (retraso mental, trastornos del aprendizaje, fracaso escolar, fobias, autismo, trastornos alimentarios, etc.). Dentro de los antecedentes psiquiátricos familiares está la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (30%), trastornos depresivos graves y bipolares (11%), trastornos neuróticos (7%) y otros diagnósticos un 10%.

La edad media de inicio del abuso de tóxicos de los pacientes es de 17 años para los pacientes psicóticos y esquizofrénicos, 15 años para los pacientes con depresiones graves recurrente y bipolares, 16 años para trastornos neuróticos y 14 años para los pacientes con otros diagnósticos. La edad de inicio de los trastornos psiquiátricos es de 25 años en el caso de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, de 36 años para los trastornos afectivos graves, 30 para los neuróticos y los 27 años en el caso de otros diagnósticos. Como tipo de tóxicos, el alcohol representa un 10,4%, la cocaína un 4%, el cánnabis un 2,2%, los opiáceos 3%, las anfetaminas y drogas de diseño un 0,7%, la politoxicomanía un 30% y un 52% no consumen. En cuanto al número acumulativo de tóxicos, tenemos, con un tóxico un 17%, con dos tóxicos un 13% y con tres tóxicos un 17%.

Los estudios señalan que el 90% de los pacientes esquizofrénicos son dependientes de nicotina (este es uno de los principales trabajos de enfermería en el programa TMS), el 21% presentan una dependencia de drogas siendo el más frecuente el cánnabis, seguido por los estimulantes y los opiáceos. Otros estudios hablan que las personas con trastornos mentales severos como la psicosis, muestran un riesgo elevado de padecer un trastorno por el uso de sustancias, especialmente por el alcohol, el cánnabis y la cocaína, en ese orden.

Las conclusiones del estudio realizado con la muestra de pacientes ingresados durante el año 2010 en la unidad de agudos, tenemos que el 50% de los casos tiene un diagnóstico de trastorno psicótico

y el 24% un diagnóstico de trastorno afectivo grave. Un 10% de los pacientes consumen alcohol y un 30% son consumidores de varios tóxicos. El 54% cumplen criterios de inclusión en el programa TMS y el 10% siguen tratamiento, además, en el programa PSI. La edad de inicio del trastorno estaría alrededor de los 29 años y la edad de abuso de tóxicos estaría en los 16 años.

A partir de este estudio hemos introducido varias modificaciones en el programa CSMA. La primera modificación es que los enfermeros explicarán a los pacientes de los grupos de abuso de tóxico del programa TMS que las sesiones continuarán en el CSMA con los enfermeros del CSMA. Otra modificación es que ahora atendemos más población joven en el programa PSI y estamos colaborando con el CSMIJ a través del hospital de día para el tratamiento de pacientes jóvenes o en grupos de riesgo.

DISSABTE DIA 5

1a TAULA RODONA

CULTURA, DROGA I FÀRMACS

Marc Walther

Psiquiatre especialista en toxicomanies de l'Hospital Clínic

Primera que tot voldria fer unes reflexions sobre: que és una droga, que és un medicament, com es considera el tractament amb medicaments, quines reflexions es poden fer. Després intentaré fer una segona part explicant quina importància té tractar un símptoma com una part d'una addicció (per exemple una fòbia) i quina importància té tractar al pacient, tractar tota la seva situació, tractar tota la seva persona, es a dir, fer una mica la part de les coses.

Referent al tema droga i medicament. Si anem a un públic qualsevol i li preguntem quina és la diferencia entre el que és droga i el que és medicament i busquem una mica atributs probablement, la majoria de la gent, ens diria que el medicament és bo i la droga és dolenta. Per explicar-ho d'una manera senzilla, la droga és perillosa i el medicament és més o menys segur ja que està controlat. Una substància ha de passar un protocol cada vegada més complicat, cada vegada més llarg fins que pugui arribar al públic, mentre que la droga evidentment és poc o gens controlada i depèn una mica si és legal o il·legal. Quan és legal hi ha un cert control i quan és d'origen il·legal no n'hi ha cap. El medicament normalment és legal i amb recepta però, en aquest moment, per tot arreu trobem àmbits grisos i aquestes categories no encaixen gens, trobem el mercat per internet que evidentment ens posa a disposició tot i amb una qualitat totalment descontrolada.

Si agafem la diferenciació natural-sintètic no ens serveix gaire perquè tant els medicaments com les drogues poden ser naturals. Per fer un exercici de reflexió, una mica més aprofundit, com a exemple tenim una classe de substàncies molt antigues que són els opiacis: morfina, heroïna i algunes més que poden ser sintètiques i que normalment són de producció natural. Aquestes substàncies tenen una llarguíssima història de prendre tant com a droga, per dir-ho així amb aquesta diferenciació, com a medicament. Són els millors antidolors, tota la medicina pal·liativa seria impensable sense les morfines, tot el tema del càncer, dolor crònic etc. Són sense cap dubte una eina indispensable i abasta una branca bastant àmplia de la medicina. Són relativament poc problemàtics per utilitzar-los i altrament del que molta gent deu pensar són poc tòxics. Per exemple, l'heroïna, que a l'inici fa cent anys es va vendre com un medicament i no com una droga. Tenen una indicació bastant ben definida i dintre d'aquesta indicació com a antidolors fan pocs problemes i rarament creen addicció però si es fan servir fora d'aquest context tenen un potencial addictiu considerable.

Us parlaré d'un fet que fora dels professionals no és tan conegut, jo vaig treballar durant un any en

un servei que s'adreçava específicament als professionals mèdics: als metges, a les infermeres. Aquestes institucions són importants ja que, els metges i les infermeres que tenen addiccions normalment no es tracten o es tracten menys que la població habitual per por a que l'anonimat es perdi, la reputació etc, (un professional que és addicte normalment no fa la seva feina de la mateixa manera com si no ho fos). En aquestes institucions s'ha estudiat que certs productes que es fan servir a l'anestèsia són molt addictius i que només per contaminació amb les mans els anestesisistes recauen en la seva addicció. Hi ha unes substàncies que són molt i molt potents, quan més refinades, quan més sintètiques normalment més potencial tenen.

Mirem una altra substància molt coneguda i molt antiga com és l'alcohol. L'alcohol és un aliment? Tradicionalment tothom hauria dit que el vi és un aliment, la cervesa és un aliment, el conyac també, però científicament parlant és una mica dubtós que ho sigui, perquè l'alcohol no el necessitem per a res, per la salut del nostre cos no fa cap falta de prendre. Com a medicament funciona és un dels primers anestèsics i es feia servir per a operacions, s'emborratxava a la gent i podia aguantar molt millor ja que, a partir d'una certa intoxicació desapareix el dolor (una persona que està profundament intoxicada ja no reacciona al dolor i al final ja no reacciona a res). És tòxic, és molt perillós i avui dia com a medicament no passaria cap prova, seria impossible vendre alcohol com a medicament perquè és molt tòxic i és difícil de dosificar bé per tenir un efecte. Tenim molts estudis, segurament molt subvencionats per la indústria de la beguda, sobre els efectes positius de l'alcohol (provats en homes sans entre 20 i 60 anys més o menys). Aquests estudis diuen que un petit percentatge, una petita quantitat d'alcohol potser beneficiós pel sistema cardiovascular. És una de les drogues segurament més antigues per que ja els animals s'emborratxaven amb fruita podrida i encara ho fan. En una població; segons el país o l'època tenim un percentatge a partir 5% cap a munt probablement sense límit de persones que estan o han estat addictes a aquesta substància. En poblacions en guerra, en poblacions amb misèria etc. el percentatge pot variar bastant. Els països de l'Est avui en dia tenen uns percentatges bastant alts d'addicció a l'alcohol.

Tenim una altra substància, la cocaïna avui en dia molt present per ser una mica el port d'entrada per Europa. Surt com a producte refinat de les fulles de la coca i que potser més que l'alcohol es podria considerar un aliment. Les fulles soles no són addictives i formen part de l'ús habitual de la població per mantenir-se en forma, per poder fer alguns esforços físics o no patir gana a vegades. La cocaïna com a medicament és un anestèsic local. En el temps del senyor Freud (que era consumidor de cocaïna i li va fer força mal) es feia servir com a medicament i segons una font que he consultat, el vi de coca (combinació de fulles de coca i vi) era la medicació més prescrita al final del segle XIX. És una droga euforitzant, desinhibidora, estimulants i bastant potent. L'alcohol té l'efecte relaxant, ansiolític, analgèsic i desinhibidor, evidentment.

Finalment, una última substància l'LSD, que com anècdota la va trobar per casualitat un científic suís. És un al·lucinogen extremadament potent i també fins ara s'ha provat alguna aplicació dintre de la psicoteràpia i aquest capítol no està probablement tancat.

Que fa que una cosa sigui droga o sigui medicament? De fet si mirem l'ús lingüístic en principi tot és droga. La droga és la substància activa que permet un canvi, permet un efecte dintre de l'organisme. Si ho mirem des de la banda científica no hi ha diferenciació.

Droga és la paraula que es pot fer servir tant per un ús terapèutic com per un ús addictiu o un abús. El que decideix no és segurament la substància, no podem dir tal substància és una droga o tal substància és un medicament bo i segur no és tan fàcil depèn del context, depèn de la manera com es fa servir; si és un ús conscient, si és un ús controlat, si es un ús legal (si no és legal hi ha molt efectes col·laterals que després fan que la toxicitat pugui ser més alta) i si es fa un ús responsable.

S'ha de fer una mena de balanç entre benefici i danys possibles i entre els danys s'ha de mirar quins

són danys immediats i quins són a llarg termini com per exemple l'addicció que és en moltes substàncies un risc a llarg termini. Quan hi ha una addicció les persones en lloc de prendre una substància de tant en tant o dintre de la dosi prevista, en prenen més i en prenen cada dia (més freqüència i més dosi) i evidentment això canvia enormement la toxicitat. Si preguntem a la població quin és el problema de l'alcohol, normalment, més o menys, tothom dirà que pot danyar el fetge. Això és veritat i és prou freqüent, però de lluny és la cosa més greu que pot passar, a vegades es confon o s'oblida que hi ha una part que té a veure amb la toxicitat de la substància i una part amb l'addicció i que poden existir d'una manera bastant independent. Normalment l'òrgan que més pateix a curt o llarg termini per l'ús de l'alcohol no és el fetge sinó que és el cervell i el sistema nerviós.

Ara mirarem una mica cap a la banda del que són medicaments i una mica la qüestió de l'ús o abús. Una de les classes més freqüents de substàncies són les que químicament es diuen benzodiazepines i són substàncies extremadament utilitzades en els seu ús (somniafers, ansiolítics) o menys freqüents (antiepilèptics, miorelaxants o relaxants musculars), crec que habitualment un 10% de la població pren cada dia un fàrmac d'aquesta classe. Per què tanta medicació d'aquest tipus? Perquè són medicaments poc tòxics, a curt termini molt eficaços i molt agradables en el seu efecte. A llarg termini tenen un potencial addictiu força considerable ja que, de seguida només en l'ús d'una setmana pot ser difícil treure'l i com es difícil treure'l no es treu i crea una mena de dependència.

Una altra classe seria els estimulants, que es coneixien sobretot abans, les amfetamines estaven utilitzades per perdre pes, després en esport com a dopping i ara ens queden els seus derivats que es fan servir més amb nens que amb adults (el metilferinat o el bifent i els seus parents) Senzillament voldria fer la observació que la utilització d'aquesta medicació ha pujat en la població infantil, en l'actualitat i segons el país hi ha més del 10% de la població que es medica amb aquesta substància per un trastorn que científicament es defineix com bàsicament genètic. Aquest origen genètic, és estrany que la genètica canviï tant i en tant poc temps és senzillament poc probable, per a mi aquí hi ha altres factors que tenen a veure amb l'efecte de no tolerància de certs fenòmens o on el cas d'ansiolítics no poder tolerar certes emocions o certes sensacions que ens resulten massa desagradables.

Respecte a l'ús de la medicació faré la diferenciació entre quina és la funció del medicament pel pacient, quina és la funció pel familiar i quina és pel professional. Si per cadascun d'aquests s'esdevé la mateixa funció ja tenim una mica més de coherència.

Jo definiria primer un model que trobo que força funcional i que crec que seria una mena d'ideal. El medicament com una mena de cossa. Un element no sempre indispensable però que a vegades fa una funció de disminuir el patiment, disminuir certs símptomes per enfortir el pacient, per tenir més força alhora de distanciar-se i no identificar-se amb la malaltia etc. Referent a això els professionals tenim una mica de culpa ja que diem; aquest pacient és un trastorn bipolar, aquest pacient és una psicosis, jo no trobo que el pacient sigui la seva malaltia sinó que la té. Millor que tingui una mica de distància i que digui jo soc tal persona i tinc tal problema. Crec que també els professionals hauríem de fer aquest exercici de consciència de no confondre el pacient amb la seva malaltia. En aquest model la medicació facilitaria el procés de curació, no fa la curació però és com la cossa que serveix fins que l'os estigui soldat un altre cop i després ja pot caminar sense crosses. És un model fàcil i senzill.

Quin seria el rol del pacient en aquest context?. El pacient hauria de recuperar o potser per primera vegada construir la seva autonomia (la seva responsabilitat per poder conduir la seva pròpia vida i prendre decisions adequades). Els familiars l'haurien d'ajudar en aquest procés, per exemple, recordar-li que no s'oblidi de prendre la medicació i donar-li ànims per poder passar aquest temps

difícil i aguantar fins que es faci més fort.

El repte i l'objectiu serien recuperar o construir la seva autonomia, el metge aquí també és un expert que té molta experiència sobre les malalties, sobre els medicaments, sobre el funcionament de l'ésser humà en general i ho posa a disposició. Ho posa a disposició com a conseller, com a un participant, com a una persona que està implicada en un procés on és tracta d'aprendre (el metge també hauria d'aprendre en cada cas una mica) i el pacient aquí també és expert amb la seva subjectivitat, és l'únic que sap veritablement com es troba i que li passa. Aquest model podria anomenar-se model ecològic perquè és, una interacció de diferents parts, de diferents factors per tenir un resultat més bo.

El model més clàssic el més habitual potser li podríem dir biomèdic o econòmic seria un model on els rols són diferents. Anem a comprar un producte i si no el paguem nosaltres el paga la mà pública. Tenim l'expert que és el metge que té un rol més clàssic i que sap com s'han de fer les coses. El metge fa unes preguntes i finalment és ell que decideix, és ell que sap com s'ha de fer, els altres són els consumidors d'aquesta prestació, aquí el tractament normalment és idèntic amb la medicació. En aquest model sovint es fa aquesta pregunta: Quin tractament té el pacient? La contestació és: Ah, 5 o 7 mil·ligrams d'això, 150 mg. d'allò. En alemany tractament vol dir *behandlung*, que conté la paraula *hand* (mà), vol dir posar la mà i això avui en dia es fa poques vegades, fins i tot els fisioterapeutes utilitzen més les màquines que la pròpia mà, vol dir que un tractament seria molt més que una medicació, seria una relació, seria consells sobre l'estil de vida, en el model xinès els metges xinesos fins i tot feien per a cada pacient un poema i el pacient havia de recitar i aprendre de memòria el poema cada dia, aquí toquem l'esfera més mental, potser estem més a prop de la psicoteràpia però ho trobo molt maco. Aquest model econòmic sovint és el més agradable, és el més còmode per tots plegats per que promet resultats fàcils, una certa comoditat, una mínima implicació subjectiva (el metge diu cap on hem d'anar i hem de seguir i ser bons alumnes i bons oients) És un model una mica més feudal no tant democràtic. Normalment defineix la malaltia a nivell de cèl·lules, de molècules, de microprocessos i s'interessa menys pel context. Els perills que té és que no es consideren molts aspectes. Aquests aspectes després poden fer mal, hi ha una certa necessitat de que el metge ho sàpiga tot i a més a més sigui molt poderós això, moltes vegades no funciona gaire perquè, el més poderós és el pacient, el pacient és el qui al final decideix cap a on va la cosa i si comencem a no assumir la relativa impotència que tenen els familiars que moltes vegades és altíssima i la relativa impotència també del metge perquè com una dita antiga deia: “Es pot curar a vegades, alleugerar sovint i consolar s'hauria de fer sempre” Si no s'assumeix aquesta relativa impotència podem entrar en una escalada (més símptomes més medicació) i això no s'acaba fins el punt que en lloc de curar o millorar la malaltia anem poc a poc extingint totes les altres manifestacions de la individualitat de la persona i això crec que és un dels perills més grans d'aquest model.

Oriol Martí

Metge especialista en toxicomanies

Em sembla important que ens tornem a trobar per parlar del problema de la dependència perquè les confusions sobre la temàtica han estat i segueixen sent manifestament evidents. En aquest sentit, durant la meua xerrada parlaré dels principals canvis que hi ha hagut en els últims 20 anys respecte a la classe de drogues que han dominat el panorama de consum i els canvis de caràcter psicològic, social i polític que presenten les persones que tenen patologies addictives. Després intentaré fer un inventari de les patologies addictives i descriuré quin és la posició dels professionals de la Salut Mental en relació amb aquesta problemàtica. Pel que fa a aquest últim punt, avançaré que les teràpies antidroga han fracassat estrepitosament malgrat que són les que dominen.

A partir de la segona meitat del segle XX s'han produït una sèrie de trencaments en la problemàtica de la drogodependència: hi ha hagut un agreujament quantitatiu i qualitatiu del problema, la percepció social s'ha incrementat en l'imaginari col·lectiu, s'han acabat les teoritzacions sobre la llibertat i el consum de drogues tan de moda en el període anterior i s'ha acabat amb el mite de que havien drogues lleugeres que no feien mal (com el cànnabis).

Quan vam examinar les dades de la epidemiologia i de la toxicologia, quan veiem els problemes psiquiàtrics que rebem a les consultes i el que s'investiga, hem de dir que estem davant d'una situació nova. Però això, no evita que la base del problema segueixi sent la mateixa: el problema no són les drogues, el problema són les persones que tenen problemes i que duen com un dels símptomes principals la seva addicció a les substàncies psicoactives.

Al parlar de toxicomanies hem de recuperar un vell concepte de la Salut Pública i la Medicina Social que és el “de l'iceberg de la malaltia”. En el cas de les malalties addictives, l'iceberg de les drogues interactuen amb tota la població i el grau de població total i població exposada és el mateix. No és com en el cas de la Salut Laboral on l'iceberg de la malaltia faria referència sol als treballadors exposats a un determinat risc, no a la totalitat dels treballadors. Estem davant d'una epidèmia que s'ha fet extensiva a partir dels anys cinquanta del segle XX i que es diferencia de qualsevol consum històric, cultural i religiós. A continuació faré una ràpida revisió del que és la història de l'epidèmia de drogodependència en el cas hispànic. El primer gran període correspon a l'època d'industrialització dura, sota el franquisme. En aquest període domina l'alcohol i el tabac, amb un sistema sanitari farmacocèntric que ajuda a l'extensió dels psicofàrmacs i els sedants, i on s'instaura el consum de l'haixix i el LSD en determinats sectors juvenils.

El període 1982-1993 és l'època dura de la heroïnomania, que és inseparable de l'extensió de la SIDA en el terreny espanyol. Jo sóc dels que considera que aquí es va a generar un model autòcton de contagi diferent al dels països del nord i del sud. En els països del nord el contagi es va donar pel contacte sexual entre barons homosexuals promiscus i en els països del sud el contagi va anar per contacte heterosexual. En dos llocs del planeta que són l'estat espanyol i els barris més marginals de Nova York, on la principal causa del contagi de la SIDA era l'addicció a l'heroïna endovenosa.

Durant el període 1994-2000 segueix la problemàtica de l'heroïna, però apareix en l'horitzó la cocaïna. Se segueix consumint en molts sectors juvenils l'LSD, el haixix i altres al·lucinògens. A més, apareix una cosa estranya que ve d'Anglaterra i entra per Eivissa, que és el tema de les drogues de disseny. Finalment, apareix un canvi importantíssim en el perfil del consum d'alcohol: l'alcoholisme de cap de setmana com un fenomen nou i massiu.

Finalment, en el període 2001-2011 tenim l'explosió definitiva de les drogues de disseny; apareixen noves i estranyes drogues com la ketamina; i es recuperen antigues plantes que tornen a posar-se de moda com els bolets o l'estrimoni. En qualsevol cas, cap d'aquests períodes anul·la a l'anterior sinó que se suma als anteriors o fins i tot, els multiplica.

Com anàlisi causal i des del punt de vista sociològic i històric, existeixen diversos aspectes que motiven la drogodependència. Un primer aspecte és l'alienació creixent: el treballar menys hores però amb major intensitat, la reducció comporta a més un desajustament a nivell econòmic, la ruptura quotidiana, l'excessiu desgast psíquic de la societat del “*non stop*”, la creació de noves necessitats, com única activitat “lliure del consum” i una creixent insatisfacció interior.

Un segon aspecte és la anomia creixent. Vivim en una societat que li falten regles, s'han trencat les que hi havia i les que queden són ambigües. Hi ha una creixent impossibilitat de complir les

exigències socials i culturals, la religió ha perdut l'àmbit que tenia fa 40 anys en la vida de la gent i els processos de secularització no han estat lents i decantats sinó ràpids i distorsionats, hi ha una crisi severa de la visió de la ciutadania, la desregulació laboral produeix un altíssim nivell d'insatisfacció personal (el pas de la fàbrica integrada a la fàbrica difusa està tenint uns costos en salut mental enormes i, finalment, les retallades en sanitat fa créixer la precarietat psíquica).

Un tercer aspecte de l'anàlisi causal faria referència a la asimbòlia creixent. Quan parlem d'asimbòlia ens referim a la destrucció dels símbols que articulen la vida comunitària i a la disminució quantitativa i qualitativa de l'ús del llenguatge. Els polítics actuals, per exemple, es dirigeixen als seus electors amb uns discursos que no superen les 200 paraules diferents. El pes totalitari dels mitjans de comunicació també incideix en com fem tot.

La desigualtat social creixent és el quart aspecte de la transculturació creixent dels últims temps que remet a la producció de precarietat psíquica davant d'un subjecte que se sent desarrelat, separat del seu context de les xarxes de la vida comunitària, mancat de símbols i de capacitat per a interpretar el que li passa. Aquesta desigualtat social no és, ni des de lluny, econòmica sinó que té a veure amb l'educació, l'atur i la precarietat, la desigualtat entre sexes i generacions, entre treballadors de diverses procedències geogràfiques, l'analfabetisme tecnològic i en les formes de viure la drogodependència. És admirable observar com els vells patrons dels anys 70 no han canviat. La precarietat social està duent a una situació gravíssima des del punt de vista econòmic, simbòlic, cultural i de les regles socials.

L'ésser humà és psicodependent. Entre els principals factors productors de psicodependència tenim la mort dels éssers volguts, la solitud, l'abandonament i les seves patologies, els traumatismes psíquics, les passions humanes exagerades, els mals d'amor i determinades patologies del caràcter. Entre els principals factors productors de sociodependència tenim l'atur, la precarietat i les pèssimes condicions laborals, l'explotació sexual, l'explotació infantil, els conflictes polítics i militars, la falta d'un habitatge digne i el creixement de la marginalitat.

Tota aquesta llarga introducció ens permet trencar aquest somni dogmàtic i fals que era la monoaddicció per passar, en la segona meitat dels 90, al problema real de la politoxicomania. La politoxicomania és l'addicció a diverses drogues. El cicle actual de consum és: alcohol – cocaïna - alcohol + tabac. Les barreges més típiques són: 1) alcohol + cocaïna + drogues de disseny + tabac o 2) heroïna + cocaïna + metadona + tabac. Respecte a les noves i perilloses drogues, de les quals sabem molt poc quins són els seus efectes, tenim la ketamina, GHB, pols d'àngel (PCP), MDMA, etc., sense oblidar la ingesta paral·lela, creixent i massiva de psicofàrmacs.

El nou pacient que se'ns presenta és un personatge que té patologies molt més variades i molt més greus, amb un grau d'implicació orgànica i psíquica molt més gran. Són problemàtiques temudes per les seves repercussions socials i familiars doncs el pronòstic és més dolent, els tractaments solen fracassar. Als professionals ens produeixen frustració i impotència. Sabem molt poc de les causes que les generen i els consums vénen precedits per la compulsió a la repetició indiscriminada i amb una forta càrrega tanàtica. Per tant, el problema dels nous pacients no són solament les drogues que pren sinó els símptomes.

Respecte a la dependència deixa de ser un fenomen normal de l'espècie i es converteix en patològica, ens trobem amb aquest conjunt de patologies. Perquè el tema no és únicament el pacient politoxicòman sinó el pacient que transita d'una patologia a una altra: bulímia, anorèxia, drogodependència, comportaments addictius, compres compulsives, ludopatia, comportaments de risc no saludables, traumatofília i, finalment, el sectarisme. El comú denominador d'aquestes patologies és la compulsió a la repetició amb una forta càrrega tanàtica. La compulsió a la repetició

o pulsíó de mort (no poder parar de fer una cosa) és el que duu a una persona a tenir comportaments surrealistes com per exemple llegir la bíblia i ser addicte a l'alcohol, deixar l'alcohol per a passar-se a la cocaína o a comprar-se una moto d'alta cilindrada i ser addicte a la velocitat. Tota aquesta temàtica ens permet als professionals veure la complexitat de la problemàtica però, al mateix temps, ens genera consternació.

Desafortunadament, els tractaments que s'estan aplicant avui segueixen estant orientats a entendre la problemàtica addictiva com una problemàtica centrada en la monoaddicció biològica. Aquesta obsessió a dir que la toxicomania és un problema del cervell a causa de problemes genètics i que produeix alteracions en els diversos sistemes de neurotransmissió. Les solucions terapèutiques que s'articulen són estrictament psicofarmacològiques, substitutories i en els últims anys s'ha imposat la falsa idea de la "vacuna antidroga". Això té una greu implicació, es transvasa el resultat obtingut en animals de laboratori als éssers humans de forma mecànica i simplista. Per tant, els problemes que augmenten la psicoddependència i la sociddependència són vistos directament com irrellevants: si estàs parat de llarga durada i ho estàs passant malament és perquè els teus circuits serotoninèrgics no funcionen bé, aquesta és la idea. Un altre greu error d'enfocament és que se separa la drogodependència de la resta de patologies addictives que, com hem vist anteriorment, tenen una íntima connexió amb l'estructura psíquica del subjecte mentre que portador d'un inconscient i d'un conjunt de categories socials que ho caracteritzen.

Si l'anterior és la resposta dominant, vegem quin és la resposta desitjable o, almenys, la que alguns intentem practicar. Des d'una perspectiva crítica estic convençut que el problema no són les drogues sinó les persones que tenen problemes de naturalesa psíquica i social arrelats en el seu cos i la seva ment. Per tant, en el tractament de les toxicomanies és important intentar no perdre de vista l'expressió clínica de les patologies de la dependència en el seu conjunt i intentar donar la màxima rellevància als factors de caràcter social i psíquic (no quedar-se solament amb els problemes biològics i mèdics). Les pedres angulars de tot treball terapèutic són, per una banda, la paraula que facilita l'expressió del sofriment humà i, d'una altra, la relació entre el professional de la salut i el pacient. Addicionalment, hem de recordar la ja clàssica i afortunada metàfora del "tamboret de les cinc potes" que ha de tenir tot tractament d'un problema de salut mental: una medicació adequada, una psicoteràpia estructurada, una activitat social de caràcter laboral adaptada, una pràctica esportiva adequada i un treball d'assessorament amb la família. Finalment, jo crec que aquesta aproximació al tractament de les toxicomanies ens col·loca als treballadors de la salut en una actitud més humil.

"Vivim en una època en la que domina molt la "pulsíó de mort" però vull deixar dues referències que ens donen esperança: Els nostres desitjos reals són inconscients; comença a ser evident que la humanitat, inconscient dels seus desitjos reals, i que per aquest motiu és incapaç d'obtenir satisfacció, s'ha convertit en hostil a la vida i està disposada a destruir-se a si mateixa".
(Sigmund Freud)

*Perquè viure és combatre la pesera
de cada instant i restablir la fonda
dimensió de tota cosa dita,
podem amb cada gest guanyar nous àmbits
i amb cada mot créixer l'esperança.*
(Miquel Martí i Pol)

ABANS DE LA DROGA, Què?

Victor Korman
Psiquiatre i psicoanalista

Genera addicció internet? Si la seva resposta és afirmativa truqui a aquest número de telèfon, si és negativa a aquest altre. En aquests termes és dirigida el presentador d'un programa de televisió als seus televidents, acompanyant aquestes paraules amb un aire displicent. Sens dubte ell estava lluny de saber que aquesta pregunta, així formulada, no feia més que fomentar els prejudicis sobre la qüestió ja que, en lloc d'afavorir el desmuntatge de les aparences i desvetllar els mecanismes íntims de l'addicció estava propagant el desconeixement.

Anem a veure perquè, la pregunta innòcua a primera vista pecava no obstant això, de centrar l'assumpte en Internet i no en la persona que s'hauria fet addicta, en aquest cas a navegar en la xarxa, malgrat la llibertat d'opinió que atorgava al telespectador, la fórmula triada després de mostrar a diversos joves que passaven moltes hores del dia davant de l'ordinador, induïa a pensar que internet té alguna cosa que és capaç de generar addicció.

És molt probable que les trucades telefòniques fossin considerades després una mostra vàlida per fer una estadística respecte de que pensa la gent sobre aquest assumpte obviant que aquest interrogant estimulava una manera elemental d'enraonar i respostes d'acord amb aquesta simplificació. S'animaria aquest mateix locutor a preguntar si la televisió genera addicció. És gaire bé segur que, des de la direcció del canal s'impediria aquesta enquesta però, no és això el que ens hauria d'amoïnar, ni internet, ni la tele, ni les drogues per elles mateixes produeixen addicció. El moll de l'os no està en els estupefaents, tampoc en els televisors, ni en la xarxa ciberespacial, el fonamental de l'addicció resideix en les peculiaritats de l'organització psíquica d'aquells que s'han convertit en addictes. Són certes característiques psicològiques entre les quals cal esmentar les inconscients i l'organització pulsional del subjecte les que empenyen a algunes persones a establir una relació addictiva ja sigui amb la droga, ja sigui amb altres substàncies, amb objectes o activitats. La xarxa cibernètica pobra no té res a veure amb l'assumpte, la droga en el fons tampoc.

Cal rebutjar les concepcions que afirmen que la causa principal d'una addicció resideix en el objecte sigui droga, alcohol, tabac, internet, telèfon, etc., ja que, elles donen motiu després a tractaments simplificadors o inútils.

Per realitzar un adequat enfocament general de l'assumpte i encara més, per a l'abordatge clínic és imprescindible prendre distància d'aquestes idees només llavors podrà escoltar-se el que els subjectes addictes puguin dir sobre si mateixos i sobre els problemes personals, familiars i socials que pateixen, només així, els toxicòmans podran deixar de banda els diversos discursos socials sobre l'addicció, discursos predominants com el discurs mèdic, psiquiàtric, sociològic, polític inclús religiós que ells han fet seus i que moltes vegades els porten a dir: "No soc jo, és la droga que m'ha atrapat". És clar, que aquest posicionament és contradictori amb la necessitat d'assumir responsabilitat, implicar-se amb els canvis personals necessaris per l'abandonament de les pràctiques addictives, per contra si posem el focus en les característiques psíquiques de la persona afectada, és a dir, si situem en un segon pla el paper de la droga o el objecte de l'addicció es començarà a qüestionar dues idees molt difoses respecte de la toxicomania. En primer lloc, aquella que la considera una afecció ocasionada per un agent extern, la droga: la cocaïna, la heroïna, crack, porros, begudes alcohòliques, internet. Aquesta visió simplificadora situa a la droga o més genèricament a l'objecte amb el qual es va establir una addicció com a causa del mal.

He designat amb el nom "teoria viral" a aquella manera de concebre les addiccions atenent al fet

que en el imaginari social el virus segueix sent el paradigma dels agents patògens externs. No ha d'estranyar que els quals sostenen i difonen aquesta forma de veure les coses alimentin la idea de que la drogoaddicció és encomanadissa i que advoquin a més per una solució repressiva i policial del problema. Han demonitzat a l'objecte de l'addicció.

De manera àmplia podria afirmar-se que en tota addicció intervenen sempre tres ordres de factors, les importàncies relatives dels quals convindrà tenir en compte i mesurar en cada pacient singular. Aquests són: el subjecte, el objecte de l'addicció i el context. Denominarem subjecte a la persona addicta, entendrem per objecte allò amb que s'ha establert la pràctica abusiva de consum i per context el mitjà social i familiar on s'ha originat i es va posar en pràctica el consum reiteratiu que va dur a una dependència física i psíquica amb la substància. Convé tenir present que abans de la seva trobada amb la droga el subjecte, la persona ha fet un llarg camí, els conflictes psíquics que es pateixen al llarg d'aquest període previ solen ser severos, en altres paraules, les dependències intenses a les drogues s'instal·len majoritàriament sobre la base d'una psique amb problemes. És freqüent que aquests trastorns psíquics es manifestin obertament abans del començament del consum però de vegades, pot succeir que romanguin latents. En alguns pacients solen ser la minoria segons la meua experiència, l'inici del consum pot activar conflictes poc evidents fins aquests moments i l'equilibri psíquic aconseguit fins llavors amb molts esforços es trenca, el que observem gairebé sempre és que la modalitat i qualitat de la trobada amb la droga havia estat llargament preparada per les peculiaritats de l'estructuració psíquica del subjecte, no obstant això, les causes d'una toxicomania són bàsicament d'ordre psíquic a més a més hi ha tots els factors socials que també actuen com a causa.

La única cosa que podem fer tant psicoanalistes com psicoterapeutes és reconstruir una vegada instal·lada una drogo dependència, establir quins han estat els possibles actors determinants que van poden actuar en aquest cas particular o sigui què, no es només els trastorns psíquics els únics determinants, mai podríem dir que aquesta persona farà una toxicomania, mai podríem dir que aquesta persona establirà una relació addictiva amb una substància sempre a posteriori més tard podem fer la reconstrucció perquè una psicoddependència ha esdivingut una drogo dependència.

Soc molt crític amb les concepcions que simplifiquen les addiccions i es queden només amb el que mostren de manera evident a saber el consum de drogues i els efectes que ells produeixen en la vida d'una persona. Al fer aquest reduccionisme passen per alt la problemàtica subjectiva de l'addicte, per dir-ho en forma d'una ecuació; una addicció comprèn el transtorn psíquic més la pràctica abusiva amb un objecte sigui droga, internet, tv, el que vulgui. El menyspreu del primer factor es a dir, l'estructura subjectiva fa que la droga acabi ocupant el centre de l'escena i que el subjecte quedi amagat darrere del seu objecte d'addicció. L'addicte, el malalt mental o la persona necessita d'un espai on sigui escoltat, en el cas específic de la drogo dependència el que fa és que la droga ocupi el centre de l'escena.

Una drogo dependència és la combinatoria d'una estructura subjectiva personal més la pràctica addictiva amb una substància, insistim el focus està aquí. La problemàtica també està en el context social però s'ha de treballar a fons la problemàtica d'aquesta persona i no posar al centre dels tractaments el objecte perquè d'aquesta manera el que es fa eclipsar la problemàtica, eclipsar el subjecte es produeix un eclipse de la persona de l'ésser humà i es posa en primer lloc la substància i l'objectiu terapèutic esdevé o crea una fòbia artificial a l'objecte de l'addicció.

El meu punt de partida és que no hi ha objectes ni substàncies naturalment bones o dolentes. No es tracta d'alguna cosa intrínscica a ella sinó de com i de quina manera les fem servir. El objectiu tòxic que se li atribueix a la droga no es una característica pròpia d'ella això no significa què, introduïda en el cos no presenti efectes, els tenen són de diversos tipus i a tots els nivells. La cocaïna, la

heroïna han sigut analgèsics i anestèsics molt potents. Tots hem provat molts anetèsics en odontologia, els coliris, en intervencions quirúrgiques. Durant dècades portaven aquest element ara si, se les utilitzava en les dosis adequades a cada situació, amb tot això vull dir que és el subjecte la persona que eleva a la categoria d'objecte d'addicció una substància, un objecte o qualsevol activitat també a causa del lloc que ell li ha assignat en la seva psique. Fenòmen que a la vegada està condicionat i determinat per la seva història personal, si prenem en consideració aquest aspecte subjectiu diria que la droga de la drogadicció acaba sent un producte de la ment sobre la base d'un real químic es tracta d'un compost psicoquímic perquè el subjecte ha realitzat, ha posat la seva estructura subjectiva en relació a la droga (hi ha elements del subjecte que són projectats sobre l'objecte de l'addicció).

I abans de la droga que? Títol d'aquesta taula rodona. L'interrogant clau que tot això ens planteja és que ha succeït en les vides en aquests joves abans de que iniciessin la pràctica addictiva. És una pregunta àmplia de la que podríem despendre's altres cent més concretes. Una pregunta molt digna de ser plantejada a tothom, als televidents, als que escolten la ràdio, als lectors de diaris. Si hagués una voluntat seriosa d'aclarir la qüestió seria: quins factors personals poden intervenir perquè algú esdevingui addicte a la droga, és probable que d'una enquesta d'aquest tipus apareguin referències a tot allò que influeix en l'estructuració psíquica d'un nen o una nena, és a dir, els diversos condicionaments que tenen a veure amb el procés de transformació d'un nadó en un subjecte adult a saber; el contexte familiar, els conflictes psíquics que van existir entre pares i fills, l'escola, el barri, les colles, les modes, les mancances patides, les institucions i grups en que participen els adolescents, els determinants culturals, laborals, econòmics etc. Segurament aquesta enquesta confirmaria alguna cosa que en la pràctica clínica en subjectes addictes ens mostra cada dia. Es tracta en la seva majoria de joves en els que el procés d'autonomització progressiva respecte dels seus pares s'ha vist afectat d'una o d'altra manera, no són necessàriament pobres però pateixen de déficit simbòlic, és una altra manera de referir-me a l'asimbolia no són necessàriament pobres deia però pateixen d'aquest déficit simbòlic, cosa que els va fer psicodependents abans de ser drogodependents o dependents a l'alcohol o a internet.

Si posem en primer lloc la problemàtica psíquica que subjau a la pràctica addictiva podria descobrir-se un fenòmen cridaner l'enorme propensió de tots els humans a enganxar-se amb el que sigui dit d'una altra manera l'ésser humà "*adicto por autonomasia*" "ésser per a la dependència" els factors psíquics que sostenen i condicionen les addiccions estan de fet més estesos i diversificats del que apareixen a primera vista i la gamma d'objectes i activitats als quals el ésser humà es penja és molt ampla sobrepasant folgadamente a les drogues per exemple: menjar (bulímia), ideologies, fanatismes de molt diversa índole, fundamentalismes variats, el treball, la televisió, el telèfon, altres éssers humans amb els quals s'estableixen vincles de dependència extrema, maquetes i jocs diferents, ús abusiu de fàrmacs en general i psicofàrmacs en particular, l'addicció al poder etc. S'argumentarà que aquesta generalització del fenòmen desvirtua l'especificitat de les addiccions més freqüents: les drogues, l'alcohol, el tabac Al que m'afanyo a respondre que si anem més enllà de les aparences les suposades peculiaritats de les toxicomanies que si existeixen són menors del que les pinten. Els addictes tenen el trist privilegi de mostrar, ja què en ells es manifesta de manera dramàtica i paradíctica, alguns fenòmens palpables en tots i en cadascú dels éssers humans per exemple: la conflictiva relació que sostenim amb la realitat cotidiana, els nostres vincles intrincats amb el gaudi i la llibertat, les resistències per acceptar la finitud de la vida, el terrible desamparament i la fragilitat que ens habita com éssers humans, les nostres tendències a les fascinacions i idealitzacions massives evidentment res d'això es patrimoni exclusiu dels addictes.

Adoptant la perspectiva que suggereixo podrà veure's amb facilitat el que deia abans, en termes generals els objectes no són intrínscament bons o dolents tot depèn de l'ús que se'n faci d'ells.

Aquesta afirmació pot comprovar-se mitjançant els següents fets, hi ha addiccions amb objectes i activitats en les quals seria molt difícil atribuir-li el poder tòxic que se sol atorgar per exemple a l'heroïna em refereixo per exemple a certs jocs sigui de cartes, ruleta, bingo, les ludopaties, les màquines escurabutxaques, internet, les dependències enormes entre homes i dones.

Convé saber que qualsevol substància, cosa o activitat pot esdevenir objecte d'addicció i això es així en tant que, el factor principal de tota dependència no està en el objecte sinó en el subjecte. Encara que entre els objectes d'addicció hi ha sens dubte alguns que tenen efectes nocius més grans que altres. Al desmontar les aparences descobrim que és el subjecte qui s'enganxa amb els seu objecte de l'addicció i no al revés.

Miquel Angel Diaz
Psiquiatre i psicoanalista

Preparando esta charla me surgió la pregunta de porqué siempre que se mencionan la adicciones se habla de drogas. Creo que la respuesta se debe a dos factores fundamentales. El primer factor tiene que ver con la conduata humana. En general, cuando se estudia la conducta humana y todos sus fenómenos asociados, se tiende a simplificar y a no tener en cuenta su complejidad. El tema de las adicciones no es, evidentemente, una excepción. El segundo factor, tiene que ver con la necesidad de saber qué es lo que le pasa a alguien que parece dedicar toda su vida a determinado objeto, que deja de lado otros aspectos importantes de su existencia e incluso que pone en riesgo su vida por dicho objeto.

Entiendo que estos factores, de forma sinérgica, aníman una actuación en dónde la urgencia y un cierto reduccionismo colaborarían en dirigirla. Para contribuir a este tipo de respuesta qué mejor que contar con el objeto como aliado. A este se le carga con toda la responsabilidad de la causa. Identificado el objeto causante, será él, el encargado de guiar cada una de las intervenciones que se implementen. Además, en el objeto recaerá toda la atención con lo que se desplaza así al sujeto, que en mi opinión ha de ser el verdadero protagonista.

La tarea está encaminada a extirpar dicho objeto, como si de una infección se tratara. Este objetivo es compartido de forma significativa por los diferentes modelos que sirven de marco de referencia para el tratamiento de las adicciones. Simplificar el fenómeno y apuntar como origen de todo el problema al objeto de adicción, nos lleva a identificar rápidamente qué es lo que está afectando al sujeto adicto, cuál es la causa de su adicción y, por tanto, hacia donde encaminar el tratamiento terapéutico. Las drogas, cuando se las nombra de esta manera en general, siempre se las asocia a sustancias ilegales y casi como sinónimo de las mismas. Son estas sustancia ilegales las que pasan a ser tomadas como referente para el tratamiento de los que se conocen como drogodependientes.

Pienso que esto ocurre porque, al ser ilegales, son las que causan más alarma en la comunidad, sobre todo debido a las dificultades que su atención presenta para las instituciones sanitarias junto al hecho de verse comprometida, también, la seguridad pública. Las así llamadas drogas y su correlato, los drogodependientes, pasan a ocupar la primera plana del imaginario social en cuanto a todo lo que rodea a esta problemática y relegando a la invisibilidad otros tipos de adicciones, muchas de ellas legales. De esta forma se contruye una de las narrativas sobre el adicto que tiene una considerable carga de juicio moral y de marginación social sobre su persona. Este hecho también se observa en el ámbito sociosanitario.

Quando nos enfrentamos a problemàtiques tan complexes, dramàtica y de tan difícil resolució, una de las cosas que prevalece es el querer entender rápidamente qué es lo que está ocurriendo. Esto

puede precipitar la acción en el profesional ya que se prioriza dar respuestas a las conductas que consideramos de riesgo sin darnos tiempo a realizar un análisis previo a cualquier actuación. Se nos reclama que hagamos algo y rápido, frecuentemente, sin que ese pedido parta del sujeto adicto, supuesto interesado. A menudo el sujeto no está en disposición de abandonar con facilidad su objeto de adicción sino todo lo contrario, estará dispuesto a hacer todo lo necesario para que no le falte. Una respuesta con intenciones terapéuticas así implementada, es probable que se centre en los aspectos fenomenológicos que muestra el sujeto adicto a través de la observación de sus conductas, del daño orgánico que pueda padecer, de la emergencia social y de los conflictos sociolaborales y judiciales que tenga. Lo normal es que en este proceso no se tenga en cuenta la voz del propio sujeto y que deje al margen de la intervención.

Se privilegia, entonces, la rapidez como sinónimo de eficacia y la observación reemplaza a la escucha. Toda adicción va acompañada de una repetición insobornable. Repetición que, en su cara más dramática, nos muestra un desafío a la muerte. La falta de límites, el imperio de la inmediatas y la falta de demanda provocan desánimo e incluso rechazo en torno del sujeto adicto. Se hace difícil entender cómo es posible que a alguien, al que se le presta toda la atención y se le ofrecen innumerables oportunidades para el cambio: (1) de una respuesta negativa a recibir ayuda en los términos en que se le ofrece, (2) en un principio acepte la ayuda para luego no cumplir con los acuerdos, o (3) admita la ayuda y consiga algunos de los objetivos planteados en el plan terapéutico para luego recaer al poco tiempo.

Todo lo anterior puede provocar un sentimiento de fracaso en el sujeto y gran frustración entre los miembros que participan en el proceso terapéutico (familia o amigos) como en los profesionales e instituciones implicadas. Debemos tener en cuenta, también, que todo este proceso contará con una importante cantidad de interrupciones, abandonos, incumplimiento de acuerdos y actuaciones raras y variadas, con un alto contenido autodestructor.

Todo ello supone vivir periodos difíciles de sostener por momentos angustiosos o trágicos. Dar carta de ciudadanía a estas características permite evitar objetivos maximalistas en relación a la evolución del proceso terapéutico y requiere dotarnos, como profesionales de este campo, de una gran dosis de humildad en nuestras pretensiones. También implica hacer una revisión de las categorías sano y enfermo como también del concepto de curación.

Hasta aquí, alguno de los elementos que señalan la complejidad de la temática a la que nos enfrentamos. Es posible que sea la presencia de estos factores, entre otros, los que estén detrás de la búsqueda de simplificar el fenómeno a partir de una lectura superficial del mismo que lleva a priorizar la intervención sobre el objeto de la adicción, aunque ello se encuentre muy lejos de resolver la problemática que vive el sujeto adicto. Para el sujeto, el encuentro con el objeto de adicción no es algo premeditado, elegido conscientemente, por eso le será muy difícil dejarlo. No es adicto el que quiere sino el que puede. La adicción está en el sujeto, no en el objeto.

Si bien es importante tener en cuenta a qué es adicto el sujeto, no debemos perder de vista que es el mismo sujeto el que le va a otorgar ese lugar. Una clara muestra de ello es la variabilidad del objeto de adicción. Pero esa movilidad también ocurre en un mismo sujeto. Esto nos lleva a entrar en la cuestión de la salud mental, lo que es la organización psíquica del sujeto; es dicha organización la que va a sostener en último término la adicción aunque el objeto colabore activamente.

Dedicar todo el esfuerzo y la atención a alejar al sujeto de lo que cautiva su vida, nos lleva a dejar de lado a la propia persona adicta y lo no resuelto de su estructuración psíquica (familia, entorno, etc.), es decir, a lo que debería ser el núcleo de nuestra intervención. Por ello, definiendo una propuesta terapéutica que tenga como horizonte que el sujeto se haga cargo de sus actos, que se

responsabilice de él, con el objetivo puesto en alimentar una transformación creativa de su existencia. Esto último es un requisito indispensable para sostener cualquier proyecto que tenga como meta constituir nuevas posibilidades de vida. En definitiva, que el sujeto consiga una transformación subjetiva que le permita una existencia que no dependa de un objeto que no forma parte de él, aunque su economía psíquica lo haya incorporado como propio.

Para conseguir este objetivo se requiere un modelo que no solo tenga en cuenta al sujeto, a su familia, a su entorno próximo, sino que también se dote de los recursos adecuados, tanto humanos como materiales para su consecución. La tarea que como profesionales tenemos en este campo es una de las pocas que hoy día se dedican específicamente a lo propio de los humanos, es decir, los afectos, los vínculos, los duelos, las fantasías, las pulsiones, su dimensión deseante, la elección de los objetos que le proporcionen placer en su singular búsqueda. Para trabajar en todo ello contamos con la palabra, aunque suene anticuado en tiempos de alta tecnología. La palabra configura al sujeto. Tampoco debemos descuidar la atenta escucha. La palabra y la escucha deben estar sostenidas por el vínculo que la relación genere. Escuchar al otro, algo que debería ser normal en las relaciones humanas, parece difícil de conseguir. Contar con el otro para llevar a cabo cualquier acto que lo comprometa tendría que ser el mandato ético que presida toda intervención. Para ello, para escuchar al otro, para contar con el otro, se requiere de un espacio y el tiempo necesario para que ese decir del otro se despliegue.

Lo anterior resulta complicado de entender para quienes no tienen en cuenta el tiempo humano cuando establecen y llevan a la práctica determinado modelo de atención en salud mental y adicciones, un modelo causalista que tiende a desobjetivar.

Creo que el simplificar habilita también, en el sujeto adicto, la posibilidad de no cuestionar nada de su propia vida, y menos aún cuando ha encontrado un objeto que le facilita el distanciarse de su sufrimiento; un objeto que le otorga, de forma imaginaria, la posibilidad de independizarse. También al círculo cercano del adicto le crea la ilusión de hacer comprensible lo incomprensible que tiene toda adicción y de las conductas a las que toda adicción conlleva. Este mismo modelo les facilita la labor a los técnicos y profesionales que sostienen este tipo de atención pues da una respuesta a todos los interrogantes que el sujeto adicto plantea.

Si el objeto de adicción se convierte en la diana del tratamiento, se deja de lado cualquier tipo de problemática psíquica y relacional del sujeto y por lo tanto no se tiene en cuenta que para el sujeto adicto la cuestión de la resolución de su adicción no solo pasa por querer dejarla sino también por poder dejarla. Eso no se consigue solo con la voluntad, aunque es muy importante contar con ella. La singularidad constitutiva de cada sujeto pone en cuestión las intervenciones generalizadas que apropiándose de la verdad sobre el sufrimiento del otro, ignoran al sujeto que lo padece. Para entender al sujeto hay que escucharlo.

De lo anterior se desprende que a la hora de analizar los riesgos y la pertinencia de nuestras intervenciones debemos priorizar las demandas del sujeto. Escuchar, dialogar, establecer vínculo, el uso de la palabra en términos dialécticos, son las herramientas clave en el trabajo con y entre humanos. Todo esto, necesita de un espacio para desplegarse y un tiempo para instalarse, obliga a reconocer la singularidad de cada sujeto y por tanto, no es posible el café para todos. Ser coherente con ellos implica hegemonizar la respuesta desde un tipo de intervención concreta, tampoco se puede organizar desde un discurso único que sustentado por una determinada disciplina se constituya en preponderante del resto de las que intervienen. Ninguna de las disciplinas que estudia las problemáticas del ser humano puede pretender ser autosuficiente para responder de forma total a las mismas. Es preciso, también incorporar técnicas de participación desde una ética que impulse la responsabilidad del sujeto y de la propia comunidad en la búsqueda de soluciones. Estas técnicas

deben quedar muy lejos del paternalismo que, desde una dinámica invalidante y sometedora, propicia una actitud pasiva.

Por todo lo anterior propongo, ni simplificar, ni realizar actuaciones no analizadas previamente en el contexto de la demanda singular. Estamos frente a una problemática muy compleja y grave, cuyo proceso terapéutico en el mejor de los casos durará años y nadie puede garantizar el éxito del mismo.

Aureli Gràcia
Psicòleg clínic i psicoanalista

Jo no parlaré, per fer una mica de contrapès, de drogoaddiccions ni addiccions pròpiament dites. Les persones de les que us parlaré (inclòs aquest xicot de qui us parlaré més endavant) no són addictes. Està clar que, per més que es prengui droga o per més que existeixi una addicció, les persones es vinculen de manera diferent amb la substància o amb l'activitat; en fan un ús diferent, un ús psíquic. Per tant, jo no m'ocuparé de parlar d'aquelles persones que deriven cap a l'addicció sinó d'un altres tipus.

Anticipo però què, aquestes altres persones per més que no siguin addictes estan subjectes igualment a un fort patiment, un patiment molt punyent que se sol expressar de dues maneres; una primera forma d'expressió és l'angoixa una angoixa aguda, una angoixa que sovint porta al que la pateix als serveis d'urgències hospitalaris i una segona possibilitat (que és amb la que en centraré) és una mena de forat al pensament, un sentiment de desorganització i confusió interna que sovint es pot confondre o pot constituir el que anomenem brot psicòtic. Aquestes dues derivacions, gent que contacta amb la droga però que no seguirà el camí de l'addicció sinó que caurà en aquests episodis, en aquests esclats i particularment podríem dir en el segon cas, en el que promou estats de despersonalització que estan molt propers al camp psicòtic són els que em centraran avui.

Molts d'aquests casos un cop estan en els serveis d'urgència hospitalaris són marcats pel professional, que allí els rep, amb l'etiqueta d'esquizofrènia, si més no, els que són una mica més prudents de trastorn esquizoafectiu (és una mena de calaix de sastre on tot el que arriba amb cert tuf delirant pot trobar cabuda).

Això respon a una manera de veure les coses que ha estat suficientment comentada abans, en altres intervencions i que té una base marcadament bioquímica. Té una explicació, si pensem que en aquests casos ha estat una substància o una droga la que ha col·locat al subjecte en el punt de patiment, perquè no pensar que ha d'estar una substància la que el tregui, l'alliberi d'aquesta situació de patiment, això però, ha arribat a fer generalitzacions si més no, esbiaixades per exemple s'estableix una correlació de causa-efecte entre el consum de certes drogues particularment del cànnabis i l'esquizofrènia, tendència que avui en dia està ben expandida entre la psiquiatria. Ara bé, aquesta relació de causa-efecte no seria tan negativa en sí mateixa si no anés acompanyada de la sensació de que aquí s'atura la investigació. Per a mi aquest és el problema, és molt natural que si són els laboratoris els que ens donen remeis, busquen i investiguen remeis per apaivagar i aconseguen modular el pensament delirant que ajuda a que el subjecte pugui fer-se'n càrrec de la resta dels seus recursos. És molt natural que aquesta investigació dels laboratoris tingui efecte, el problema està en que la causa s'acaba buscant amb els mateixos laboratoris i els que intenten trobar, cosa molt encomiable, la motivació, la causa de l'esquizofrènia i d'altres trastorns mentals treballen en els mateixos laboratoris que ens ofereixen la medicació per apaivagar-la.

El tema és molt delicat perquè el risc és de caure en aquesta monocausalitat que no és en qualsevol cas la causa, que la causa quan es trobi (fa més de cent anys que es busca i encara no s'ha trobat) no

serà una i única sinó què, com ha quedat gràficament exposat abans, són multitud de causes amb això, en Freud té una frase que a mi em sembla molt adient i que us llegiré. Ell deia: "Si un home passa per un carrer fosc, un carrer solitari i li surt un lladre i el roba, la foscor i la solitud han pogut ajudar el malfactor però no són ni la solitud, ni la foscor els que l'han robat, el que la robat és el lladre" per tant, no basta en dir tenim un factor que contribueix, que correlaciona entre la droga i l'esquizofrènia per dir ja està, això podria fer córrer el risc de quedar-nos sense els altres factors que hi contribueixen i sobretot que cap d'aquests sigui la causa principal.

Alguns pacients amb contacte amb la droga i que pateixen un brot psicòtic arriben a la primera entrevista directament atribuint-li, ells o la seva família, tot el problema al consum d'aquesta droga. En aquests casos, és molt important que el terapeuta ajudi a que el pacient i la família puguin copsar la importància de tots els altres factors en joc, no ens hem de conformar en identificar un possible factor, hem de treballar per ajudar a comprendre que en el trastorn esquizoafectiu intervenen molts factors tant en els casos que ens arriben de nou com en els casos que, (un d'aquests casos he triat per transmetre-us avui), ja estan en tractament i a través d'una trobada desafortunada amb la droga experimenten aquest esclat d'angoixa i de despersonalització proper al brot psicòtic.

Us parlaré molt breument d'un cas perquè vull assolir tres objectius. D'una banda que compregueu millor (després podem intercanviar-ho amb el debat) a quin tipus d'esclat m'estic referint, d'una altra banda que compregueu millor quines són les relacions característiques i que són diferents de les de les addiccions, que hi ha entre el subjecte i la substància en aquests casos i finalment que pugueu veure el perquè parlem d'altres aspectes del cas, quin són tots els factors en joc i tots els factors a tenir en compte.

Es tracta d'un noi a punt de complir divuit anys. Qui em truca és la seva mare i em dona, ja per telèfon, una sèrie de detalls reveladors (si els comparteixo amb vosaltres és amb el màxim respecte per aquesta família i també amb la màxima discreció perquè, com veureu no hi haurà cap dada personal i a més aquest és un procés molt antic i que fa molts anys que el vaig conduir). El que la mare em diu és que volen consultar per que el seu fill, bon estudiant, bon xicot presenta des de fa unes setmanes certs comportaments inadequats que a ella li fan pensar i, així m'ho diu, que el noi pateix complex d'Èdip.

Expressada d'aquesta manera la demanda sobretot per un psicoanalista resulta força insòlita, però com sempre prefereixo que es parli en una entrevista personal, que es pugui portar a terme l'escolta i la convoco a ella i la seva parella perquè puguin venir a parlar.

Ella em diu que s'estima més que la parella no vingui perquè estan a punt de separar-se, jo li dic que malgrat tot tenen un fill en comú i que potser poden deixar en segon terme les seves puntuals discrepàncies i fer quelcom en comú pel seu fill. Ella s'hi nega al·ludint que el seu marit encara no sap que se separaran.

Jo li contesto bé posats a saber; El seu marit sap que vostè demana un tractament per al seu fill?, El noi sap que vostè demana un tractament per a ell? Ella em contesta que sí que això ho havien comentat, ho havien parlat. Per tant li dono cita a ella amb la condició de que també vull veure al seu marit, que li demani que em truqui per demanar-me una entrevista, ja què penso que si més no, en els millors dels casos l'Èdip és sempre cosa de tres i per tant els vull veure a tots tres.

Primer ve la mare. La història que m'explica no és la primera vegada que l'escolto, la cosa insòlita del relat rau no tant amb la història en si mateixa sinó amb la rigidesa que la dona mostra en tot moment. Va ser una noia molt apegada als pares, va arribar a certa edat, va pensar amb el matrimoni i se n'adona aleshores que els nois que la festegen no són formals i es troba encara soltera quan

arriba als trenta-cinc anys. Vol tenir un fill, vol tenir-lo per damunt de tot i decideix que es casarà amb la millor persona que trobi dels que se li dirigeixin, es casarà, tindrà un fill i que, aquí ve la rigidesa de que us parlava, quan el fill tingui divuit anys se separarà.

Els anys han passat, el xicot complirà en breu els divuit i vet aquí que ella es prepara per dur a terme rígidament allò que va pensar fa divuit anys, només què, el fill poc abans comença a tenir alguns comportaments estranys. Aquests comportaments són: és estiu i circula per casa amb roba interior, seu al sofà per veure la “tele” com sempre, s'asseu al costat de la mare també com sempre però, des de fa un temps ella nota que ell se li acostava massa tot i la calor que fa, li fa brometes, la pessiga aquí i allà, es toca entre les engonals i no n'està segura però, ha cregut notar alguna erecció sota la roba interior. A punt d'arribar als seixanta anys la mare em diu que entén que als divuit ja se li hagi despertat el sexe però que això, tindria que expressar-ho amb altres nenes i no amb ella.

Arriba el pare, a l'entrevista programada per a ell i confirma bastant el tipus d'home que hom espera, un home estàndard que creu que té una família normal i que en absolut s'espera que amb poques setmanes la dona li plategi la separació. La conducta del noi el pare no la veia mai, no hi era, mai a vist que ultrapassés els límits de l'acceptable. Li sembla que està massa enjogassat per l'edat que té però no li dona tanta importància a que vagi amb esllips per la casa, fa molta calor i no la veia mai que es toqués ni res de tot això.

El noi ve a la seva pròpia primera entrevista. Un noi molt formalet, té excel·lents notes, és a segon de batxillerat i vol estudiar per enginyer, té amics i amigues i no ha estat estrenat sexualment encara. Les escenes amb la mare segons diu, són més per fer-la enrabiada que per una altra cosa. Tot això ho manifesta espontàniament i gairebé no li he de fer preguntes. És un xicot que necessita parlar i que té ganes d'expressar-se. La mare l'acompanya en la primera entrevista. S'està a la sala d'espera, però tant a l'entrar com al sortir m'he n'adono que aquesta dona tractava al seu fill com si fos un nen de cinc anys. Em recordo d'una frase que li va dirigir al noi, primer em va dir a mi: aquesta setmana no ha fet cap entremaliadura i després a ell: Oi que has estat bon nen? I bé, si les mirades matessin aquella dona hagués caigut fulminada ja què vaig adonar-me que al noi aquest tractament no li feia gràcia, d'alguna forma el rebutjava.

Comença el procés i sembla marxar força bé. Hi ha un progressiu distanciament entre nen i la mare. El noi va reconeixent que alguna vegada s'havia passat de proximitat en aquelles bromes que li feia a la mare i cada vegada són menys freqüents. Li assenyalo, al llarg de diferents trobades, que no vol ser tractat com un nen però que no pot parlar-ho ni emprar cap altre missatge que no sigui l'acte, com si volgués dir-li a la mare no em tractis com un nen i no sabés com fer-ho sense mostrar-li, amb el seu apropament excessiu i barruer, que ja té un cos d'adult i que a veure si se n'adona d'una vegada.

En aquest acte està representat les dues cares del seu desig. Per una banda, això no li dic, no vol ser tractat com un nen petit i per una altra juga amb la mare com si encara ho fos. Vol i dol, és la seva posició. Durant aquest primer temps del tractament i paral·lelament amb tot això, es donen un seguit de canvis en la vida del noi ja què, els pares efectivament se separen (un canvi important i sorprenent per tots els que hi participen, bé, llevat de la mare que ho tenia llargament previst).

El noi reacciona amb certa angoixa i passa bastants setmanes malament. Hi ha altres canvis també importants i simultanis tots; acaba el batxillerat, comença la carrera (és una carrera molt difícil), fa noves amistats, comença a sortir amb una noia i un altre dels canvis que es produeix és que comença a fumar uns quants porros. Ell em pregunta si es dolent fumar “maria” i jo li contesto: quan dius fumar vols dir fumar habitualment o provar-ho. Que vols dir?. Ell diu ni una cosa ni l'altra, fumar cada tarda, li torno la pregunta rescatant la idea de la importància del subjecte: que em

penses tu? I ell diu penso que tothom ho fa.

Tothom ho feia però no a tothom li passa el que li va passar a ell. Una tarda em truca la mare del servei d'urgències. El seu fill està molt malament, gemegant, terroritzat. Ell l'ha trucat i li ha dit que el passés a recollir per portar-lo a l'hospital. Ha estat fumant porros des de després de dinar a la "uni" amb uns amics i es troba molt malament. Quan la mare em truca fa dues hores que estan esperant, encara no els han atès, i ella també està molt angoixada. Jo li dic que els metges tenen bons recursos per apaivagar l'angoixa i que no s'amoïni que aquella mateixa tarda s'anirà trobant millor. M'ofereixo per si volen aprofitar la possibilitat de que al vespre tard, quan jo acabi i quan ells hagin sortit d'urgències de l'hospital, puguin venir i puguin parlar. Accepten, i quan arriben efectivament el noi ja està molt més calmat i tant en aquella trobada com a les sessions ulteriors es veu com la por s'ha anat transformant en por a la por, ja no és una por directa sinó que s'expressa de dues maneres; per una banda una mena de agorafòbia. (surt molt poc, es vol relacionar molt poc, quantes menys coses i menys activitats faci millor) i per una altra banda hi ha una petita ideació paranoide respecte als companys de la "uni" perquè ell construeix la teoria de què ho han fet expressament, per perjudicar-lo, perquè ell és molt bon estudiant i d'alguna manera s'han complotat amb tota la intenció per fer-lo fumar massa.

Durant aquestes entrevistes addicionalment em confessa un fet, una idea més aviat, que va estar turmentant-lo dies abans de l'episodi. Una idea que no s'havia atrevit a dir-me perquè li feia por només de pensar-hi. Ara des de el sotrac que ha passat pensa que si no m'ho diu no es curarà. La idea és que cada vegada que veia un ganivet, particularment els ganivets de cuina (més grans), li venien unes ganes, encara que sabia que no ho faria, (no era una compulsió però era un pensament) d'agafar-lo i clavar-lo a la mare. Si treballau en salut mental sabeu que aquesta fantasia no és infreqüent entre algunes persones amb dificultats mentals inclús entre els obsessius. Hi ha obsessius severos que comparteixen aquesta fantasia.

Que hem podem treure d'aquest cas? A quines conclusions podem arribar que tinguin interès pel tema que ens ocupa aquest matí?

Recapitem una mica. Aquell xicot, (val a dir us anticipo perquè tampoc vull deixar el cas a mitges) que un cop esvaïda aquesta obsessió dels ganivets, quan va comprendre la significació d'aquella fantasia i que no s'expressava amb una broma sinó amb un objecte que feia molta por, l'angoixa del pacient va anar desapareixent amb uns pocs mesos, al igual que les idees paranoïdes respecte dels companys de la universitat i també va decidir que la droga no seria una substància a la que es tornaria a apropar. Aquell noi, massa enganxat a la mare per motius obvis i antics, un noi però que pugna per obtenir certa autonomia (sembla que el pare al cap i a la fi va estar present durant un seguit d'anys en la vida d'aquest noi i que li va saber molt greu la separació) fa un símptoma, jo diria actua un símptoma que és el símptoma d'un apropament groller que el porta al psicòleg. S'apropa massa a la mare perquè ella vegi el molest que pot ser tanta proximitat.

Quan comença el tractament un seguit de canvis passen (potser es preveïen i un d'ells segur) i que aquest xicot vingués en aquell moment va a ser una bona mida profilàctica. Aquests canvis fan que el mon li trontolli. No li té encara prou confiança al psicòleg per explicar-li tot, especialment la fantasia dels ganivets, i és en aquest punt de màxima inestabilitat quan arriba la droga, arriba la droga i s'instal·la en la seva modalitat de suport suplent. Que vull dir amb "suport suplent". Amb aquesta expressió de dues paraules vull dir que el suport que li dona la droga es suplent de l'altre suport tant necessari pels adolescents en aquestes edats i en aquestes circumstàncies, el suport d'un pare, que acompanyi en les pors, un pare que acompanyi en els dubtes, un pare que, en aquest cas ha estat fet fora precisament quan les pors i els dubtes arriben amb una decisió pressa molt temps enrere i molt rígidament.

Aquest és el punt que m'interessa perquè la droga s'ha instal·lat en molts adolescents omplint aquesta funció de suplència. Alguns agafaran després el camí que condueix cap a l'addicció però, altres en canvi patiran aquest sotrac d'angoixa, patiran aquest buit de pensament, patiran aquesta contradicció de saber que allò no és el que volen però no poden fer res més que consumir i això pot portar-los a l'esclat. Sovint la causa de l'esclat es projectada fora tant en la psicoteràpia com a l'hospital quan hi arriben. La culpa la té la droga, la culpa la tenen els amics que s'han complotat per fer-li fumar tanta droga (la paranoia). És molt important que en aquests moments aquestes persones rebin l'ajuda que els hi cal per entendre que és el que estaven intentant suplir amb la droga.