

¿Cuándo la comunidad terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante? (*)

Louise Nadeau (**)

RESUMEN

En este texto la autora intenta responder a la siguiente pregunta: ¿cuándo una comunidad terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante? Para ello, se apoya en la experiencia adquirida en los cuatro años que ha participado en la CT de PORTAGE (Canadá). Explica, en primer lugar, la filosofía de tratamiento imperante en este medio y las razones psicológicas que la convierten en una modalidad de intervención eficaz. Aborda críticamente los problemas éticos de este abordaje directivo, tales como las actitudes y el poder del personal tratante. Es, en el contexto ético, donde los límites de la intervención se plantean con toda su agudeza, de manera que si son ligeramente transgredidos, los profesionales pueden convertirse en maltratantes.

Palabras clave.— *Toxicomanía; Comunidad terapéutica.*

SUMMARY

In this text the author tries to answer the following question: When is the therapeutic community for drug addicts becoming maltreating? To do so she relies in her own experience as intermediate during (4) four years at "THE PORTAGE" (Canada). She explains in a first place, the philosophy or treatment in this environment at the mayor psychological reasons that make it an adequate approach for that clientele. Then she comments on the etical problems of that directing approach, being the attitude and the power of the intermediates. It is in the etical area that the limits to the intervention lay to the point that if they are slightly exceded, the intermediates can become the maltreating.

Key words.— *Drug addiction; Therapeutic community.*

(*) Publicado originariamente en *Santé Mentale au Québec*, 1985 10 (1) 65-74.
Traducido del original francés por A. Roig-Traver
Se publica con la autorización de la autora.

(**) Responsable del Certificado en Toxicomanías
Facultad de Educación Permanente
Universidad de Montreal
3333, Queen Mary
Case Postale 6212, Succ. «A»
Montreal (Quebec) H3C 3L4, CANADA

«La única libertad que merece tal nombre es la de buscar nuestro propio bien, a nuestra manera, sin que intentemos privar a los otros del suyo o entorpecer sus esfuerzos por obtenerlo».

Ensayos sobre la libertad
Jhon Stuart Mill, 1859

Desde 1973 a 1977 trabajé en el programa de drogodependencias de la comunidad terapéutica (CT) PORTAGE. Se trataba de un centro de tratamiento para toxicómanos de la región de Montreal basado en el modelo de comunidad terapéutica de DAYTOP-Nueva York, es decir, una comunidad terapéutica de inspiración americana que se apoya en los mismos principios que SYNANON (BROOK Y WHITEHEAD, 1980). En aquellos años PORTAGE ofrecía a sus clientes toxicómanos un programa de readaptación de carácter residencial. El tratamiento tenía por objeto ayudar a los toxicómanos a desarrollar un modo de vida sin droga, a no cometer delitos y a adquirir autonomía económica. Para alcanzar dichos objetivos se empleaban los principios directivos de las comunidades terapéuticas, principios en virtud de los cuales, al personal tratante se le confería el derecho de mandar y el poder de imponer la obediencia.

Se exigía una confianza ciega por parte de los residentes. Las leyes cardinales —no drogas, no relaciones sexuales, no violencia física— constituían las bases de la forma de vida comunitaria. La distribución de las tareas en la CT se producía según una rígida estructura jerárquica; el residente comenzaba en el lugar más bajo de la escala para acceder mediante méritos a tareas que supusieran mayores responsabilidades. El grupo de encuentro, que posteriormente describiremos, constituía un instrumento donde cualquiera podía verse confrontado y sus actos cuestionados, y un lugar privilegiado para la expresión de los sentimientos. Las reprimendas, más o menos violentas, sancionaban las infracciones

con la disciplina casi militar que reinaba en la comunidad; el reglamento exigía que los lugares estuvieran meticulosamente limpios y prohibía ciertas expresiones afectivas fuera de los grupos de encuentro. Era importante que el personal tratante obtuviera de los residentes una clara obediencia. Cuando un residente oponía resistencias al programa de tratamiento se decía de él que se «escondía» detrás de su imagen o rechazaba «crecer» y se recurría a «experiencias de aprendizaje»; el residente podía verse obligado a llevar colgando del cuello una pancarta donde se describía la naturaleza de su resistencia o a colocarse un vestido que ridiculizaba su conducta.

Este tipo de comunidad terapéutica ha sido, y es, objeto de vivas controversias, sobre todo por parte de profesionales franceses (OLIEVENSTEIN, 1984; SOLAL, 1983; VALLEUR, 1984; WELGER, 1980) y algunos americanos (IVERTSON *et al*, 1979). Yo misma, a pesar de alguna fidelidad afectiva, reconozco ciertas ambivalencias que se revelan en mi dificultad en responder claramente a la pregunta que plantea el título de este artículo. Las críticas apuntan en primer lugar al universo casi concentracionario que constituye este tipo de institución.

Creando un islote, se construye un cordón sanitario que tiende a proteger a los residentes contra la influencia de los no iniciados, considerados en esta concepción maniqueísta del mundo como fuente potencial de contaminación. Separado del contexto que ha entrañado sus problemas, el individuo se ve completamente acogido por la comunidad. En este mundo cerrado, las estrategias terapéuticas aparecen para los críticos como violentas, humillantes o coercitivas, atentando por tanto a la integridad personal del residente. En un plano moral, el respeto a los derechos de las personas se cuestiona, en el sentido de que queda definido por cualquier carta de derechos fundamentales. En un plano jurídico, la capacidad de un toxicómano de hacer una clara elección es objeto de vivos in-

terrogantes y plantea la cuestión legal del consentimiento. No es cierto que se pueda, basándose en la sintomatología psiquiátrica manifiesta, mostrar la «alineación mental» en la mayoría de los toxicómanos admitidos a tratamiento. Por ello, debemos preguntarnos si a la persona admitida en una comunidad terapéutica se le ha permitido optar entre otras posibilidades de tratamiento, pudiendo examinarlas y elegir. Hemos de reconocer que las fuertes presiones ejercidas en un medio cerrado de estas características, corren el riesgo de originar una alteración del juicio que impide el ejercicio de un consentimiento claro. En los aspectos clínicos, la indicación de estas intervenciones se ve contestada. Las críticas subrayan las enormes posibilidades de abuso de poder por el personal tratante; éstos pueden ejercer una autoridad despótica que, si la analizamos (en el sentido psicoanalítico del término), podría ser interpretada como una proyección de sus propios conflictos.

Es esta última objeción la que más me preocupa; no se trata de rechazarla —creo que la acusación de abuso de poder descansa en hechos objetivos—, sino de examinar más ampliamente la naturaleza más o menos represiva de una comunidad terapéutica como la de PORTAGE. Siete años de perspectiva hacen que continúe inquietándome el riesgo de intervenciones terapéuticas abusivas en las comunidades terapéuticas al estilo DAYTOP; mi interrogación plantea la posibilidad de que una institución tal se convierta en maltratante.

EL ABORDAJE DIRECTIVO

En una CT para toxicómanos, la intervención abusiva se convierte en una excrecencia del abordaje directivo. Circunscribir los parámetros de una modalidad terapéutica que sobrepasa el poder que le ha sido confiado, exige en primer lugar interrogarse sobre la intervención directiva. Esta se concibe como la acción por la cual alguien está autorizado para proponer una línea de conducta a otro. En una CT se tra-

ta de conducir al residente a respetar las leyes cardinales, a modificar su escala de valores en favor de los existentes en la CT, y a someterse a una disciplina que supondrá la sanción de las transgresiones. El residente deberá ser capaz de asumir los castigos consecuentes a su conducta o, de lo contrario, deberá abandonar la CT. En tal modalidad terapéutica el residente es informado previamente de que se pretende reintegrarlo en la sociedad, preparándole para tener un empleo, vivir legalmente y consumir con moderación psicotropos lícitos. Claramente enunciados, estos objetivos a largo término se acompañan, a corto plazo, de un programa de adquisición de las habilidades sociales necesarias para su obtención. En un primer tiempo las CCTT se fundamentan, por tanto, en la idea de que no habría libertad más que en la sumisión.

Para mí, el abordaje directivo de las comunidades terapéuticas resulta apropiado al tratamiento de los toxicómanos y para sostener esta idea propongo tres niveles de explicación de naturaleza psicológica.

En primer lugar, una mayoría de los individuos admitidos a tratamiento por toxicomanía parecen manifestar un deseo de reglas de vida estrictas; esperan que se les diga qué deben hacer. A pesar de una historia de vida marginal, ciertos clientes adoptan discursos, conductas y sobre todo alimentan aspiraciones hiperconformistas. Además, algunos parecen dispuestos a adherirse con desconcertante facilidad a una ideología totalitaria, no importa si ésta es teocrática, psicoterapéutica o política. La secta que muestra perseguir la aniquilación del ser, la búsqueda del estado de serenidad suprema o de la fusión del alma individual en el seno del alma colectiva, fascina a los toxicómanos por sus promesas de un nirvana accesible. Buscan así, para bien o para mal, una vía para poder continuar. Ante el silencio deliberado del profesional no directivo que rechaza imprimir cualquier orientación al usuario de sus servicios, es posible que toxicómanos abstinentes encuentren una identidad nueva,

corriendo el riesgo de adherirse a un modo de vida que puede resultar tan cerrado y atante como el de la dependencia a un psicotropo.

La intervención directiva de las CT aparece así como la primera de una serie de sustituciones que permiten acelerar el paso de la dependencia a los psicotropos a estados de sujeción que comporten menos riesgos y sean socialmente aceptados. En la medida en que los déficits observables en los toxicómanos consisten en la dificultad de asumir las consecuencias de sus conductas y someterse a una ley, las expectativas concretas elaboradas a partir de ciertos parámetros bien definidos (una ley) proporcionan los límites conductuales para que muchos pacientes puedan modificar sus hábitos de vida.

Un segundo nivel de exploración se inspira en la obra de FREUD (MIJOLLA Y SHENTOUB, 1973), cuando, al evocar los delirios de celos de los alcohólicos, describe la forma en que sitúan sus conflictos en el exterior de sí mismos. Si retengo esta idea general fuera del sentido preciso que le confiere el psicoanálisis es porque puede pensarse que esta misma estructura mental conduce a los toxicómanos a atribuir a causas extrínsecas las consecuencias de su dependencia a distintos productos. ¿Se trata de una estrategia profiláctica destinada a salvaguardar la idea infantil que consiste en verse como el «gigante de sus sueños», temiendo no ser más que «el enano de sus miedos»?² Probablemente. En cualquier caso, las CCTT para toxicómanos proponen un programa de modificación de las conductas operando a partir del comportamiento observable hasta en el dominio de las representaciones mentales. Todo ocurre como si la toma de conciencia resultara tras la modificación previa de ciertos hábitos; en el idioma de las CCTT se dice que se cambia «del exterior al interior». Así, en un primer tiempo, el residente de una CT debe arreglar las habitaciones, participar en las actividades de cocina, limpieza, etc..., y «*haciendo, hacerse*»,

retomando la expresión de SARTRE.

Estas prácticas son específicas de las CCTT. Es, sin duda, en razón de esta prioridad concedida a las actuaciones que ha podido tratarse a estas instituciones de conductistas³ (WELGER, 1980). Sin embargo, el conductismo constituye una emergencia de la psicología experimental, mientras que las CCTT se sitúan en la tradición de Alcohólicos Anónimos (AA), cuyas fuentes son médicas y sobre todo religiosas (ANONIMO, 1957; BLUMBERG, 1978). A diferencia de las CCTT, la primera etapa en AA consiste en una modificación cognitiva: es la persuasión de quien se cree alcohólico de hallarse impotente ante el alcohol. Para estos dos movimientos socioterapéuticos, la única fuerza capaz de originar la transformación de la persona se halla en «el programa» y paradójicamente la autonomía se consigue a través de la dependencia a las ideas, creencias y a las doctrinas específicas de estos grupos. En los AA, el modo de vida, el grupo y, sobre todo, la acción de Dios se definen como los agentes de cambio (BATESON, 1971; BECKMAN, 1979; TOURNIER, 1979). BATESON tiene, sin duda, razón al decir que se trata de un modelo teológico. En las CCTT es solamente el modo de vida —«*the concept*» como dicen los americanos— lo que constituye el agente extrínseco responsable de la progresiva autorresponsabilización (5). En cualquier caso, es posible que un líder carismático se atribuya el rol de redentor (aunque no sólo las CCTT sean las únicas instituciones que puedan dotarse ocasionalmente de un funcionamiento teocrático). Así, en estos grupos de entrada la fuente, tanto de la omnipotencia como de los conflictos, se mantiene en el exterior de la persona.

A pesar de un modo de vida de tinte religioso o militar, las CCTT permiten el aprendizaje de un conjunto de habilidades sociales y la constitución de una estructura de apoyo. Sabemos que los individuos que no forman parte del tejido social, que no mantienen apenas relaciones afectivas

y que no forman parte de la población activa, son los más susceptibles de desarrollar síntomas neuróticos tras los conflictos (ANDREWS *et al*, 1978; BROWN Y HARRIS, 1978; HENDERSON *et al*, 1980; MILLER Y INGHAM, 1976). Incluso, aunque los traumas infantiles y los conflictos intrapsíquicos resultantes constituyan, sin duda, factores de vulnerabilidad en la etiología de la toxicomanía, son las dificultades de inserción social y los problemas en las relaciones interpersonales los que mantienen en gran medida el estilo de vida asociado al uso de psicotropos. Por ello podría pensarse que la adquisición de habilidades sociales, la constitución de una estructura de apoyo y la modificación del sistema de creencias permitirían proteger mejor al sujeto contra las carencias experimentadas anteriormente.

La opinión según la cual los toxicómanos deberían, en primer lugar, cambiar su comportamiento, y después modificar sus ideas, creencias y comprender sus sentimientos, constituye una enunciación teórica contradictoria e irreconciliable con la práctica clínica de orientación analítica. La lucha que opone las CCTT a los profesionales de orientación analítica ¿se sitúa verdaderamente a nivel de dos paradigmas incompatibles constituidos por el aprendizaje social y la escucha analítica? La terapia de las CCTT que algunos profesionales describen irónicamente como «la del esparadrapo» ¿no ataca a los intereses corporativos de los «psi», quienes vanagloriándose de situarse a nivel de la psicología de las profundidades, del universo preponderante de lo simbólico, más que en el —mucho más insignificante— de las habilidades sociales y los aspectos relacionales, desean colocarse por encima de toda sospecha de ineficacia? Es casi doloroso leer, en 1984, en una publicación del Centro de Investigación del Hospital DOUGLAS que los AA tienen una tasa elevada de éxito en un importante número de sujetos, que sus éxitos son, en muchos casos, superiores a los del tratamiento médico y que proporcionan un apoyo esencial y mejoran en gran

medida la autoestima de los pacientes⁴. Los análisis del efecto sustitutivo de AA sobre los alcohólicos (LASSELIN Y FONTAN, 1979) no permiten negar estos hechos. Por otra parte, los datos del *Drug Abuse Reporting Program* (DARP) revelan que las CTT, los programas de metadona y las clínicas externas obtienen los mejores resultados entre los toxicómanos. Este estudio evaluativo nacional de los servicios de atención para toxicómanos fue realizado en EEUU durante los años 1969 al 72 y se ha continuado en 1975 y 76 (SIMPSON *et al*, 1979; SIMPSON Y SELLS, 1982). A partir de estos datos se admite que la concepción que tiene el psicoanálisis del toxicómano constituye la descripción más justa de la realidad etiológica de ese fenómeno. Sin embargo, la mejor manera de modificar la conducta del toxicómano no tendría por qué seguir el proceso que sirva para describir su estructura y la dinámica subyacente.

Un tercer nivel de explicación se apoya en las observaciones de HARTOCOLLIS Y HARTOCOLLIS (1980) sobre la evitación de las relaciones de intimidad, al concluir que los toxicómanos poseen frecuentemente una personalidad límite, temiendo un fenómeno de simbiosis, sino de fagocitosis. Relacionando esto con que el *encounter group* —denominado por los residentes francófonos de PORTAGE como grupo de hostilidad— es el útil terapéutico privilegiado por las CCTT americanas, se comprende como una estrategia terapéutica que asegura la alternancia de la cólera y la indulgencia, permite operar un primer trabajo de toma de conciencia en una clientela con problemáticas de fusión con el otro. El grupo de hostilidad quiere conducir a los participantes a expresar verbalmente y sólo verbalmente, su cólera hacia los otros. La demora entre el posible incidente y el momento en que puede expresarse la ira asegura el control de los impulsos. Además es necesario que el residente se enfrente directamente con quien ha provocado su cólera y le manifieste verbalmente su descontento. Frecuentemente el gru-

po debate incidentes recientes, pero la cólera que se expresa hace surgir una rabia que es, sin duda, anterior al incidente. Permitiendo, de ese modo, la expresión de la cólera el grupo proporciona a los participantes el medio de tomar conciencia de lo que sienten. En un primer tiempo, al menos, la cólera constituye la única emoción susceptible de evitar la fusión con el otro, permitiendo al toxicómano diferenciarse de los demás, asegurándole así la consolidación de su identidad. También para quienes han tenido conflictos afectivos de tal magnitud que han aprendido a desconfiar de toda expresión sensible y, como corolario, utilizan la manipulación, esta forma de confrontación resulta a menudo la única efectiva. Mi impresión es que este tipo de intervenciones, al tratarse de una confrontación basculante, permite acelerar los procesos de aprendizaje social.

Por más indicada que pueda estar esta intervención directiva no está exenta de riesgos, pudiendo comportar ocasionalmente efectos secundarios. En este sentido, el abordaje no directivo que no somete al paciente a la violencia verbal es más segurizante; incluso aunque en algunas ocasiones no beneficie, existe un menor riesgo de cometer equivocaciones. Las intervenciones directivas son de otra naturaleza. Aprovecharse de que los toxicómanos necesitan reglas, para imponerles un modelo que tiene respuesta para todo, puede constituir una explotación de la vulnerabilidad psicológica de esa clientela. Además, utilizar la confrontación, sin supervisión clínica, puede determinar una violencia psicológica equivalente a la crueldad mental del código civil, corriendo también el riesgo de engendrar sufrimientos inútiles y de agravar los problemas de los pacientes.

¿Debería aceptar que los efectos secundarios potenciales son tales que es inadmisibles sostener opiniones en favor de las intervenciones directivas? Es necesario reconocer que, para apoyar este tipo de intervenciones, debería, de antemano, delimitar claramente cuál es mi posición en los planos clínico y ético.

EL CONTEXTO CLINICO DE LA DIRECTIVIDAD

En PORTAGE, en el período en que yo trabajé, la ecología no permitía a los residentes aislarse; la vida era colectiva. Se dormía en un dormitorio o una habitación común. Los residentes debían trabajar colectivamente y se les exigía que hablaran entre ellos mientras cumplían las tareas asignadas. Era una adhesión al ideal de transparencia según el cual *«en tanto una persona no ha sufrido compartiendo sus secretos, no dispone de ninguna protección contra ellos»*, tal y como lo enuncia la filosofía de SYNANON. Para describir el fenómeno, MOWRER (1976) utiliza un término extraído del viejo inglés; *«exomologesis»*. Este término, que significa en griego «confesión», designa el rito expiatorio de la confesión pública practicado por los primeros cristianos. En las CCTT este ideal de transparencia tiene por objeto conducir hacia el grupo las faltas de cada uno, originando así un fenómeno de liberación individual por empatía o catarsis colectiva.

Esta ecología de apertura constante hacia los demás también debe paradójicamente proporcionar momentos de intimidad. Resulta, por ello, necesario que la dirección de una CT asegure en su interior enclaves de no directividad, momentos en los que el residente pueda comunicar sus vivencias, a solas a un profesional competente.

Se trata de momentos donde el residente puede explorar su propia subjetividad, permitiéndole la elaboración de su historia personal, particularmente la de los conflictos que están en el origen de su sufrimiento (IVERSON Y WENGER, 1979). Estos espacios psicoterapéuticos favorecen una toma de conciencia que permite reconstituir su historia personal; su posición ambigua en la familia, la modificación de su percepción de los demás y el sentido y los acontecimientos críticos que han marcado su vida. Subrayo que el toxicómano debería saber lo que se espera de él y conocer previamente las consecuencias de su conducta si no se conforma a esas expec-

tativas. No obstante —y esa es una de las condiciones que impiden a las CCTT convertirse en abusivas— el programa terapéutico debe también comprender entrevistas en privado, en las que un residente pueda analizar las especificidades de su vida personal.

Es comparándolas con una familia como más adecuadamente podemos darnos cuenta del funcionamiento óptimo de las CCTT. En una familia las decisiones que deben tomarse por los padres afectan, tanto al control social y a la gestión diaria de la vida cotidiana como al futuro de sus hijos; es decir, a la adquisición de hábitos útiles en la edad adulta. La parte dedicada a unas y a otras varía según las necesidades. Parece que las familias en que la disciplina es insuficiente crean las condiciones para la futura vulnerabilidad de los niños (15). Además, diferentes estudios indican que los padres más susceptibles de maltratar a sus hijos son quienes han conocido infancias más perturbadas. Estos padres esperan que sus hijos completen sus propios déficits emocionales mientras que ellos mismos son incapaces de responder a las sucesivas demandas de sus hijos.

Cuando la disciplina necesaria para el control social y la gestión cotidiana de la comunidad se adelanta, día tras día, al bien futuro de los residentes, es decir, al desarrollo de las habilidades necesarias para la inserción social y la expresión de la individualidad de cada uno, las CCTT corren el riesgo de convertirse en abusivas. De ser así, los residentes no tendrán jamás la posibilidad de expresar sus diferencias individuales; les es necesario entonces excluirse para sobrevivir, o atrofiarse para conservar la protección que da la CT. El balance de mis años en PORTAGE me ha conducido a creer que la piedra angular de una CT sana es la capacidad y la voluntad de sus responsables de crear espacios, incluyendo espacios de transgresión, susceptibles de favorecer la toma de conciencia de la subjetividad. Si los profesionales de una CT tienen necesidad de un control absoluto del medio y, bajo el pretexto de de-

sear el «bien» de los pacientes, exceden su poder personal a través de la autoridad que detentan sobre ellos, casi con seguridad existe el riesgo de abuso. Estas intervenciones cesan entonces de ser terapéuticas. Debemos, mejor, calificarlas de maltratantes.

LA ETICA DE LA DIRECTIVIDAD

Una propuesta de intervención directiva plantea igualmente problemas éticos. En efecto, ¿en nombre de qué ética se dispone de la prerrogativa de decir a un adulto que está equivocado? ¿No se tendrá, en razón únicamente de la relación de fuerza que el profesional dispone sobre el paciente? La respuesta a esta cuestión requiere previamente una disgresión.

1. La clasificación cultural de los psicotropos

El uso y abuso de psicotropos tiene tal carga emocional en la sociedad que la clasificación cultural de los psicotropos tiene más impacto que su clasificación farmacológica. Reducida a su más simple expresión, la clasificación farmacológica comprende: estimulantes, depresores del SNC y psicodislépticos. En una clasificación cultural habría que hablar de alcohol, psicofármacos y drogas ilegales.

El alcohol posee una categoría aparte. Domesticado por los países mediterráneos, detenta el doble status de alimento banal y brebaje sagrado. Frente a los alcohólicos se pensará que tienen el vicio de emborracharse, en la acepción que los movimientos de temperancia definen a la embriaguez (LEVINE, 1978; 1980), o bien se juzgará que están enfermos y en este sentido la tradición médica ha definido el síndrome de dependencia alcohólica (ANONIMO, 1957; EDWARDS Y GROSS, 1976; JELLINEK, 1960). Sin embargo, y a pesar de que el alcoholismo guarda una connotación moral heredera del siglo XIX, su tratamiento se inscribe en una perspectiva médica y se descarta la coerción.

Los medicamentos prescritos comprenden varios tipos de psicotropos, estimulan-

tes y depresores. Contrariamente a otros psicotropos que gozan de un status de droga lúdica las «pastillas para los nervios» son recetadas por los médicos, vendidas en farmacias y, a menudo, reembolsadas por la Seguridad Social; su status terapéutico se apoya en sólidas estructuras institucionales. Es interesante comparar paralelamente el status de los opiáceos en el siglo XIX, más concretamente antes de la Harrison Act de 1914, y el de los tranquilizantes, menores en la actualidad. Antes de que los opiáceos fueran declarados drogas peligrosas, las mujeres americanas realizaban un uso considerable de ellos, gracias a las ordenanzas médicas que permitían la venta libre de cualquier solución acuosa. A finales del siglo XIX, según estimaciones hechas a posteriori, la prevalencia de los opiáceos era ocho veces superior a la actual, y en un 60-75 % se trataba de mujeres (CONRAD Y SCHNEIDER, 1980). De 1975 a 1977 en la provincia canadiense de SASKATCHEWAN, el 50 % de las mujeres de 50 o más años había estado tomando —al menos en una ocasión— psicofármacos bajo prescripción médica (HARDING, 1978). Como los opiáceos en el siglo XIX, las «pastillas para los nervios» gozan de una especie de salvoconducto a pesar de que entre el 30 y el 50 % de las intoxicaciones en Canadá sean atribuibles a las benzodiazepinas (COOPERSTOCK Y HILL, 1982). En 1977 se contaron en Canadá alrededor de 3.000 casos de intoxicaciones medicamentosas por benzodiazepinas. A título comparativo, en la misma época, se comunicaron unos 150 casos de intoxicación por opiáceos (COLVEZ, 1979). Queda fuera de toda duda que los medicamentos que afectan al SNC, muy a menudo, dan lugar a usos para fines no médicos, cuando no adictivos.

El dossier de las drogas ilegales es todavía más negro. El examen de esta cuestión no permite mantener la tesis, aún actual, de T. SZASZ (1974) de que los psicotropos legalmente calificados como peligrosos han ido adquiriendo su estatus al ser sustancias exógenas y extrañas a las socieda-

des occidentales. La principal consecuencia de la prohibición de las drogas ilegales es mantener el uso y, *a fortiori*, el abuso de estos productos en el interior del paradigma moral del Estado protector de los ciudadanos. Las posiciones de los movimientos de temperancia en el siglo XIX hacia el alcohol (LEVINE, 1978, 1980) nos permiten constatar que todavía resultarían actuales si, en lo que decían hace un siglo, sustituyéramos el vocablo alcohol, por el de droga⁵. Efectuando tal sustitución podríamos leer que:

a) La droga debilita o elimina el control del usuario y sus comportamientos; libera o aumenta los apetitos, las pasiones y los deseos, reduciendo la sensibilidad moral.

b) La droga entraña la dependencia. El toxicómano es víctima de la acción de drogas que transforman sus necesidades físicas de tal manera que su deseo por el producto es incontrolable. Además, el toxicómano tiene el riesgo de contraer numerosas enfermedades.

c) La droga es causa de gran número de problemas sociales, particularmente el crimen, la pobreza y las rupturas familiares. La droga reduce al usuario la disciplina personal, la fuerza y la razón necesarias para prosperar económicamente.

d) La solución, en consecuencia, es el abandono del consumo de drogas. Dos estrategias se proponen a la sociedad: las estrategias educativas como la persuasión moral y las estrategias legales, particularmente la prohibición.

Podría creerse que actualmente las opiniones sociales sobre las toxicomanías se arraigan en el juicio que las sociedades de temperancia tenían entonces sobre lo que se denominaba el «vicio de la embriaguez». Ciertamente, la primera batalla de la era post-prohibicionista americana, es decir, los años 30 y 40, fue promover actitudes morales neutras hacia los alcohólicos. Tal es igualmente la orientación de los movi-

mientos de alcohólicos abstinentes. Y éste fue también el objetivo perseguido por los alcoholólogos que deseaban ofrecer a los alcohólicos soluciones diferentes del encarcelamiento o del ingreso en los asilos, únicas condiciones de tratamiento de los alcohólicos antes de la emergencia y el predominio del modelo de enfermedad (CONRAD Y SCHNEIDER, 1980; PATTISON *et al*, 1977; WIENER, 1981).

La relación de las sociedades occidentales con los agentes psicoactivos se asemeja al juego del ratón y el gato. Los medicamentos prescritos en el siglo XIX —los opiáceos— se han convertido en las drogas peligrosas contemporáneas; al igual que con el alcohol en el pasado siglo, la mayoría de nuestros contemporáneos opinan que la heroína y la cocaína convierten al hombre —¡y qué decir de la mujer!— en «algo semejante a un animal, provocándole a menudo la muerte». Estos productos han ocupado el estatus del alcohol en el siglo XIX; percibidos como capaces de tomar posesión del usuario, se les ha dotado de la propiedad de desencadenar rápidamente la dependencia, con el consiguiente y previsible deterioro (LEVINE, 1978). La droga peligrosa del siglo XIX —el alcohol— ha tomado parcialmente el estatus que poseía antes del siglo XVIII, el de una buena criatura divina, conservando además la ambivalencia heredada del XIX (LEVINE, 1980).

La heroína es un psicotropo peligroso y negarlo constituye una posición insostenible desde el punto de vista farmacológico, incluso aunque sepamos que algunos usuarios de heroína realizan un consumo controlado (HARDING, 1984; HARDING Y ZINBERG, 1983). Sin embargo, es completamente imposible de separar sus efectos farmacológicos del contexto en que se produce y de las expectativas del usuario (MARLATT *et al*, 1973; MARLATT Y ROHSENOW, 1980; NATHAN, 1982; PATTISON *et al*, 1977). Así, los trabajos dirigidos por SEYLE hace 50 años han conducido a los epidemiólogos a concebir la etiología de la enfermedad a partir de la

triada que forman el huésped, el agente y el entorno (CASSEL, 1976). ZINBERG (1975) ha retomado esta idea del análisis tripartito, adaptándola a los toxicómanos proponiendo la fórmula de *set, setting, substance* que OLIEVENSTEIN (1984) ha reformulado en francés bajo los parámetros siguientes: el producto, la personalidad y el momento sociocultural. Así, a la realidad farmacológica de las drogas se añade el contexto moral y prohibicionista en el cual se encuentran los toxicómanos. En consecuencia, es atendiendo a esta ecología específica de productos ilícitos, como debemos abordar la cuestión de las intervenciones directivas a los toxicómanos.

2. El dilema del abordaje directivo

Los sujetos que consumen drogas ilícitas se sitúan fuera de la ley y retomando la expresión de SZASZ (1974) son perseguidos. No es éste el caso de los alcohólicos o de quienes abusan de productos obtenidos a través del sistema sanitario, incluso si su hábito comporta riesgos tan importantes como los originados por el uso de productos ilegales. Por ello, el contexto de la intervención directiva deja de ser neutro y la propuesta de un plan de cuidados a través de intervenciones directivas plantea un dilema. Por una parte, intentar la integración social a través de la adquisición de habilidades sociales y la inserción en el mercado de trabajo, constituye un objetivo clínico y socialmente defendible; por otra, este proyecto, aplicado sin discernimiento, puede confundirse con el tratamiento que el cuerpo social reserva a los toxicómanos. Por ejemplo, en las CCTT, muy a menudo, con una rigidez que no tiene suficientemente en cuenta la marginalidad y los límites de los pacientes se propone una preparación al mercado de trabajo, una vida exenta de actividades ilícitas y un consumo moderado de los psicotropos legales. Se exige un conformismo social que sustituyendo a la alienación anterior del estilo de vida del toxicómano corre el riesgo de confundirse con un hi-

perconformismo totalmente reductor y anestésico. Señalemos que este riesgo es tanto más importante cuando la intervención tiene lugar en un contexto de autoridad con clientes enviados por el sistema judicial (la cuestión de la coerción como trabajo o como ayuda en la atención a un toxicómano es demasiado amplia como para abordarla aquí). Sin embargo, a pesar del cuestionamiento legítimo de las intervenciones directivas que puedan hacerse eco de mensajes represivos, es necesario reconocer que gran número de nuestras satisfacciones —¿no es éste el «*amar y trabajar*» de FREUD?— provienen del trabajo, su remuneración y una vida libre de toda intervención policial en el marco y bajo la protección de las leyes.

CONCLUSION

La ideología moral en la que se fundamentan las CCTT se opone al liberalismo. La estigmatización y, en ocasiones, la persecución resultan ignominiosas a quienes hacen suya la frase de JOHN STUART MILL citada al principio. El dogmatismo del que dan muestra algunas CCTT, añadido a la fragilidad psicológica de los clientes —y a veces de los profesionales— puede transformar lo que fue un proyecto terapéutico en una secta, cuando dirigidas por un líder carismático las CCTT no se dedican sino a imponer la ley. Y, al igual que el Pentateuco, este Thora precisa las condiciones para la redención de las personas y contiene el ritual de los sacrificios, las ceremonias de paso, las reglas relativas a la pureza y la impureza, así como la «ley de santidad» que comprende las bendiciones y las excomuniones. Esta regla canónica estructura la vida moral, social y religiosa de los residentes; mezclando entre las reglas morales, las culturales; entre las leyes civiles y penales, los preceptos religiosos; presentándolo todo como las tablas de la ley que permitirán una nueva vida repleta de satisfacciones (ESCUELA BIBLICA DE JERUSALEN, 1956). MILL nos exigiría, sin duda, el respeto de la diferencia,

del inconformismo que se expresa a través de esta teocracia. Pero, más allá de MILL, ¿cómo no darse cuenta de que una CT así perjudica a sus miembros?

¿Cuándo la CT para toxicómanos se convierte en maltratante?

Los responsables de las CCTT encuentran en la idea del bienestar físico y moral de sus clientes justificación para utilizar medidas directivas, presiones morales y castigos para modificar sus estilos de vida, hábitos de consumo, creencias y actitudes relativas a la forma de ser. Al considerarse como antisocial, la conducta de los toxicómanos constituye una razón suficiente para que la CCTT se autorice a imponer sus normas a quienes se encuentran bajo su protección. Se quiere impedir a cualquier precio que el toxicómano pueda dañarse a sí mismo o a los otros, oímos decir.

Si el paso de la directividad al adoctrinamiento resulta arbitrario, el del adoctrinamiento a la violencia moral, lo es todavía más. Sin duda es necesario realizar (tanto en la intervención directiva como en las otras) una cartografía de las balizas que deberían limitar esta intervención y una clarificación de los parámetros que la subyacen. Someter el proyecto al cuestionamiento y a las críticas de los usuarios y responder a ellas constituyen probablemente la mejor actitud. Al igual que en la democracia, esta consulta tiene sus límites, pero a pesar de sus imperfecciones, resulta el proceso más adecuado de todos cuantos conocemos.

La violencia doméstica se encuentra más frecuentemente en aquellas familias cerradas sobre sí mismas. También podría ocurrir lo mismo con las instituciones terapéuticas.

NOTAS

(1) Denominaremos toxicómanos a aquellos individuos cuya vida está estructurada por el uso de psicotrópicos (PATTISON, *et al*, 1977). La definición que VALLEUR aporta (1984) podría también resultar útil; el autor reserva este término «únicamente a quienes su existencia está alienada en relación a un producto». Se constatan casi siempre en estos sujetos las consecuencias nefastas

de su dependencia en las esferas de su vida física, mental o social (DAVIES, 1976), incluso si estos efectos deletéreos son indisolubles del contexto prohibicionista en que se inscribe el consumo de drogas ilícitas. A menudo es posible distinguir los factores etiológicos que conducen a los individuos a consumir de los que mantienen el consumo del producto. Sin embargo, más allá de una cierta duración en el tiempo, la toxicomanía, convertida en un hábito, adquiere una existencia autónoma y se transforma en un estilo de vida, en un sistema en el que causas y efectos resultan inseparables.

(2) La expresión está extraída de la «filosofía» de SYNANON, equivalente a la plegaria de AA, y se recita todos los días en las CCTT inspiradas en este modelo.

(3) Señalemos que asociar SKINNER a las CCTT, equivale a mostrar la ignorancia respecto a la historia, tanto del conductismo, como de las CCTT. Parece adecuado, a posteriori, asociar al concepto de CT el paradigma del condicionamiento operante, a saber, la idea según la cual son las contingencias ecológicas las que originan, modelan y mantienen los comportamientos. Sin embargo, no se trata de terapia conductista propiamente dicha.

(4) Sin olvidar que existen además de AA otros grupos (Al-Anon, Alateen), que se dirigen a la familia y a los amigos de los alcohólicos ofreciéndoles ayuda y apoyo.

(5) Recordemos que fue al principio de la revolución industrial, cuando las clases dominantes de Nueva Inglaterra se pusieron a valorar la temperancia. El grupo al que se dirigía esta nueva moral era la clase obrera, ya que su trabajo, perturbado por la intoxicación etílica, constituía una amenaza para los derechos de los propietarios. Esta situación contrasta con la sociedad preindustrial del siglo XVIII. El consumo per cápita de alcohol era, sin duda, más elevado que durante la mayor parte de los siglos XIX y XX, pero la embriaguez de los hombres, las mujeres y los niños era percibida como algo «normal». A pesar de que los movimientos de temperancia se transformaron rápidamente en una verdadera cruzada popular en EEUU y Canadá, esta nueva concepción del alcohol se dirigía muy específicamente a un grupo concreto que las clases dirigentes deseaban controlar.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREWS, G. A.; TENNANT, C. (1978). Life events stress and psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 8, pp. 545-549.
- ANONIMO (1957). *Alcoholics Anonymous Comes of Age*. Alcoholics Anonymous World Service. New York.
- BATESON, G. (1971). La cybernétique du «Soi»: une théorie de l'alcoolisme, in G. Bateson. *Vers une écologie de l'esprit, tome I*. Seuil, Paris, pp. 225-253.
- BECKMAN, L. (1980). An attributional analysis of alcoholics anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, p. 7.
- BROOK, R.; WHITEHEAD, P. (1980). *Drug-Free Therapeutic Community: an Evaluation*. Human Sciences Press. New York.
- BROWN, G. W.; HARRIS, T. O. (1978). *The Social Origins of Depression*. Tavistock. London.
- CLAVREUL, J. (1959). La parole de l'alcoolique in *La psychanalyse: essais critiques*. Presses universitaires de France. Paris.
- COLVEZ, A. (1979). *Analyse des effets nocifs des médicaments: statistiques des interventions des centres anti-poisons au Québec*. Ministère des Affaires Sociales. Québec.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. (1980). *Deviance and Medicalization*. C. V. Mosby. St-Louis.
- COOPERSTOCK, R.; HILL, J. (1982). *Les effets de l'usage de tranquillisants: l'usage des benzodiazépines au Canada*. Santé et Bien-être social. Canada, Ottawa.
- DAVIES, D. L. (1976). Definitional issues in alcoholism, in Tarter, R. E. Sugarman, A. A. eds., *Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem*. Addison-Wesley, pp. 53-73.
- ÉCOLE BIBLIQUE DE JÉRUSALEM (1956). *La Sainte Bible*. Les Éditions du Cerf. Paris, pp. 3-8.
- HARDING, J. (1978). *Socio-Demographic Profile of People Prescribed Mood-Modifiers in Saskatchewan*. Alcoholism Commission of Saskatchewan. Research Division Final Report. Saskatoon.
- HARDING, W. M.; ZINBERG, N. E. (1983). *Occasional opiate use*, in Mello, N. R., ed., *Advances in Substance Abuse, vol. 3*. JAL Press. Greenwich, pp. 27-63.
- HARRIS, T. O.; BROWN, G. W., BIFULCO, A. (1984). *The Impact of Loss of Parents in Childhood upon Adult Psychiatric Health: 1. The Walthamstow Study*. Document de travail. Bedford College. London.
- HARTOCOLLIS, P.; HARTOCOLLIS, P. S. (1981). Alcoholism borderline and narcissistic disorders: a psycho-analytic overview, in *Phenomenology and Treatment of Alcoholism*. Spectrum. New

- York, pp. 93-111.
- HENDERSON, S.; BYRNE, D. G.; DUNCAN-JONES, P.; SCOTT, R.; ADCOCK, S. (1980). Social relationships, adversity and neurosis: a study of associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry*, 136, pp. 574-583.
- IVERSON, D. C.; WENDER, S. S. (1979). Therapeutic communities — treatment practices in view of drug dependency theory, *Drug Forum*, 7, n.º 1, pp. 81-103.
- JELLINEK, F. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. College and University Press. New Haven.
- LASSELIN, M.; FONTAN, M. (1979). Pour une étude analytique des mouvements d'alcooliques abstinents. *La revue de l'alcoolisme*, 25, n.º 2, pp. 38-91.
- LEVINE, H. G. (1980). Temperance and women in the 19th century United States, in Kalant, O. J., ed. *Alcohol and Drug Problems in Women*. Plenum Press. New York, pp. 25-69.
- LEVINE, H. G. (1978). The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkennes in American history. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, n.º 143-174.
- DE MIJOLLA, A.; SHENTOUB, S. A. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Payot. Paris.
- MARLATT, G. A.; ROHSENOW, P. I. (1980). Cognitive processes in alcohol use: expectancy and the balanced placebo design, in Mello, N., ed., *Advances in Substance Abuse*, JAL Press. Greenwich, pp. 91-159.
- MARLATT, A.; GORDON, J. R. (1980). Determinants and relapse: implications for the maintenance of behavior change, in Davidson, P. O., Davidson, S. M., eds., *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. Brenner Mazel. New York, pp. 410-452.
- MARLATT, A. (1979). Alcohol use and problem drinking: a cognitive behavioral analysis, in Kendal, P. C., Hollon, S. D., eds., *Cognitive Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*. Academic Press. New York, pp. 319-355.
- MARLATT, G. A.; DEMMING, B., REID, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, pp. 223-241.
- MILLER, P. MaC; INGHAM, J. G. (1976). Friends, confidants and symptoms. *Social Psychiatry*, 11, pp. 51-58.
- MOWRER, O. H. (1976). *Therapeutic Groups and Communities in Retrospect and Prospect*. Presentation à la première conférence mondiale des communautés thérapeutiques. Norrkopings. Suède.
- NATHAN, P. E. (1982). Human behavioral research on alcoholism, with special emphasis on the decade of the 1970's, in Gomber, E. L., White, H. R., Carpenter, J. A., eds., *Alcohol, Science and Society, Revisited*. University of Michigan. Ann Arbor, pp. 279-295.
- OLIEVENSTEIN, O. (1984). Ni anges au départ ni démons après. *Impact: science et sociétés*, n.º 133, pp. 51-59.
- OLIEVENSTEIN, O. (1983). *Destin du toxicomane*. Fayard. Paris.
- PATTISON, E. M.; SOBELL, L. C.; SOBELL, M. E. (1977). *Emerging Concepts in Alcohol Dependence*. Springer. New York.
- SIMPSON, D. D.; SAVAGE, L. J.; LLOYD, M. R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, n.º 7, pp. 772-780.
- SIMPSON, D. D.; SELLS, S. B. (1982). Effectiveness of treatment of drug abuse: an overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, n.º 1, pp. 7-29.
- SOLAL, J. F. (1984). Thérapeutique et deuil marqué du toxicomane. *Psychologie médicale*, 16, n.º 5, pp. 813-815.
- SZASZ, T. S. (1974). *Les rituels de la drogue*. Payot. Paris.
- TOURNIER, R. E. (1979). Alcoholics Anonymous as treatment and as ideo-