

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

NÚMERO 46 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE 2000



**Consell
de Mallorca**



alimara

Núm. 46

Segona època, desembre 2000

Edita: Consell Insular de Mallorca

Redacció: Departament de Serveis Socials

General Riera, 67

07010 Palma

Tel: (971) 76 07 62

Fax: (971) 76 19 52

Portada: Composició amb papallones

Xisco Rubio

Maquetació

i impressió: Esment, centre especial de treball d'Amadip

Dipòsit legal: PM-128-1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

PROJECTE HOME I L'EXCLUSIÓ SOCIAL

Bartomeu Català,
president de l'Associació Projecte Home

El president de l'Associació Projecte Home (PH) mostra els orígens de PH, les causes del seu naixement i la finalitat amb la que va néixer, per, d'aquesta manera, mostrar la relació tan directa que l'uneix a l'exclusió social.

Els orígens i la vocació de Projecte Home de donar resposta a qui la necessiti de manera gratuïta, sense posar cap condició, ha fet que els pobres siguin per la seva naturalesa els primers a apropar-se. Això no vol dir que els usuaris siguin exclusivament pobres, perquè per la seva eficàcia i sensibilitat han vingut i en vénen de totes les classes socials.

Després de 16 anys de realitat a Espanya, les meves tesis són que Projecte Home ha acollit majoritàriament a persones excloses de la societat o en vies d'exclusió. És veritat que pot existir una exclusió social, derivada de factors socioeconòmics determinants, en alguns casos des del mateix naixement, i una altra exclusió social que pot provenir no només de l'anterior, sinó del que podríem dir autoexclusió, en la que la persona, en certa forma, hi ha arribat com a conseqüència d'actuacions o actituds voluntàries; el que, a la llarga, també genera exclusió social, per altres causes, però amb les mateixes conseqüències¹.

Estic convençut que una persona que arriba a ser drogodependent, addicta amb abús de drogues, independentment de la classe social, nivell cultural, situació familiar, etc., si no romp amb la seva drogodependència i no aconsegueix desfer-se'n, és molt probable que caigui en l'exclusió social. És cert que determinats factors li facilitaran la sortida de l'addicció o que, fins i tot, allargaran la seva no-exclusió social, però si no aconsegueix sortir de la seva drogodependència el portarà irremeiablement a l'exclusió social.

No fa molt de temps, a les darreries d'aquest estiu, vaig assistir al XXè Congrés Mundial de Comunitats Terapèutiques a San Francisco (USA) i em causaren una forta impressió els centenars de *homeless* que es veien pel centre de la ciutat. Segurament, vaig pensar, fa anys, la immensa majoria d'ells eren persones totalment integrades i no excloses.

ARRELS DEL PROJECTE HOME ESPANYA

Per explicar d'on neix Projecte Home² no aniré a cercar les arrels de les comunitats terapèutiques que es remunten als inicis de la nostra era, ni tampoc de les comunitats monàstiques posteriors a l'Edat Mitjana. Tampoc no vull explicar la realitat, la problemàtica i l'evolució de les Comunitats Terapèutiques (CT) Europees (CTs democràtiques liderades per Maxwell Jones) i de les CTs

Americanes (CTs jeràrquiques, iniciades per Charles Dederich a Califòrnia amb Synanon i continuades, entre d'altres per Mons. William O'Brien que, conjuntament amb David Death, crearen Daytop Village)³. Tampoc no vull entrar en la problemàtica de professionals tradicionals i extoxicòmans.

M'agradaria començar explicant la situació real, on naixeren les CT. Quan Main utilitza per primer cop en el nostre segle el terme CT⁴ és en el 1946, tot i que qui realment el definí i l'omplí de contingut fou Maxwell Jones. I ho féu com a resposta a les fatals conseqüències de la Segona Guerra Mundial i als trastorns que provocà, tant entre els soldats com entre la població civil.

Donà aquesta resposta des dels hospitals psiquiàtrics per donar suport a aquelles persones que, per mor de la guerra, havien quedat destrossades i excloses de la societat. Des del començament quedà marcada una diferència radical entre l'hospital psiquiàtric d'aquell moment i la Comunitat Terapèutica de Maxwell Jones. No era, sens dubte, el tipus de residents, que eren els mateixos en uns i en altres, allò que els distingia; era, precisament, la creença en la rehabilitació. Allò que després es digué «optimisme terapèutic». Aquesta és la característica que ha diferenciat des dels inicis a la CT de les altres alternatives de la Salut Mental. Un altre element clau de la CT⁵ ha estat l'intent de crear una «cultura terapèutica» compartida pels interns (metges) i els pacients en les seves relacions quotidianes adquirides a través d'«assemblees mixtes» (no exclusivament).

Quant a les CT americanes, tot començà en el garatge de Charles Dederich (Califòrnia) el 1958 on es reunien un grup d'Alcohòlics Anònims (AA) al que s'hi afegiren persones dependents d'opiacis que perseguien, també, l'abstinència. Més endavant se separaren d'AA i es traslladaren a Santa Mònica (Califòrnia) tot fundant la primera Comunitat Terapèutica dita Synanon. El que havia començat sent una CT per a exalcohòlics, lentament anà obrint les seves portes als qui usaven altres tipus de substàncies estupefaccents. Persones amb uns perfils propis i diferents dels que anaven als AA, amb una marca molt més gran d'exclusió social.

L'experiència de Synanon s'afirmà ràpidament donant vida a altres de similars que, a partir dels conceptes bàsics, foren millorant i perfeccionant el model. Daytop Village constitueix, probablement, l'exemple més significatiu. Fou creada per Mons. William O'Brien qui, juntament amb David Death (antic Synanon) s'inicià amb un petit grup de toxicòmans de Nova York el 1963. Més endavant es convertí en programa terapèutic⁷.

En aquells moments, per als drogodependents només hi havia dues solucions: l'hospital psiquiàtric o la presó. I de la presó procedien la majoria d'interns de les primeres comunitats terapèutiques de Daytop. I eren, com ho són ara, majoritàriament d'ètnies molt concretes: hispans i negres. Daytop bàsicament fou una resposta a persones no només excloses de la societat, sinó també a persones amb les que no se sabia què es podia fer. I aquest programa terapèutic era un model que responia a la problemàtica del drogoaddicte.

Aquesta experiència es multiplica a Estats Units i passa a Àsia i a Europa. A Àsia comença a Filipines el 1972⁸. I en arribar a Europa es troba amb les comunitats terapèutiques conegudes com «democràtiques», que tenien les seves arrels en el model de CT creat per Maxwell Jones anys abans.

En parlar d'Europa començaré centrant-me en el Ceis de Roma degut a què el Projecte Home d'Espanya, en un principi, beu de les seves fonts i aprèn d'ells.

El Ceis no neix com a resposta a la drogoaddicció, sinó que, com diu Don Mario Picchi, «neix a Roma en els anys setanta en plena contestació juvenil proposant-se afirmar la seva pròpia presència allà on la ciutat patia la situació més dolorosa de la marginació social»⁹.

Així, es pot afirmar que el Ceis de Roma neix des del voluntariat per donar resposta àmplia a la marginació juvenil. Molt aviat s'adonà aquest grup que «la difusió del consum de substàncies estupefaents i psicotròpiques assumeix proporcions alarmants. Perquè la droga és el símptoma d'un malestar més general que agredeix al més fràgil i al més necessitat d'esperança i amor»¹⁰.

Després de diverses experiències acabades totes elles en fracàs aollint drogodependents, el 1979 s'obrí la primera comunitat terapèutica amb l'ajut de Daytop Village i, poc a poc, s'anà gestant el programa terapèutic «Progetto Uomo» de rehabilitació i reinserció de drogodependents, ocupant sempre la persona el seu centre.

En síntesi, el Ceis neix com un grup de voluntariat que vol donar suport a la població més exclosa de la societat. Passant el temps, s'adonen que els més exclosos són els drogoaddictes. Així, es veu la necessitat de crear un programa específic per a ells basat en les Comunitats Terapèutiques.

En resum, neix amb vocació de resposta a un nou tipus de persones excloses de la societat, degut a un nou fenomen social com era el de la drogodependència.

Visió general des d'Espanya

La dècada dels 80 és una etapa de creació i consolidació de la xarxa assistencial «clàssica» basada en Programes Lliures de Drogues (PLD) crescuts a l'empara de la demanda assistencial que generà l'epidèmia d'heroïna en el nostre país. L'objectiu era oferir una resposta urgent a les necessitats i a l'angúnia social. És comprensible que en els inicis d'aquesta dècada, es tempegés en la recerca de solucions perquè a Espanya no hi havia hagut cap necessitat forta de donar respostes. El 1983 apareix el primer estudi sobre Comunitats Terapèutiques per a drogodependents¹¹.

Els mateixos autors afirmen en les seves conclusions que a l'octubre de 1983 hi havia unes 40 comunitats per a toxicòmans no alcohòlics. I l'antiguitat mitjana d'aquests centres era d'uns 20 mesos.

En aquest context, Projecte Home, de forma molt distinta que el Ceis, neix directament per respondre al que s'anomenà epidèmia de l'heroïnomania.

A començaments dels vuitanta, quan se sap molt poc de la drogoaddicció, es té por a allò desconegut, no se saben les conseqüències —es veuen morts per sobredosi, inseguretat ciutadana per tot, culpant-se als drogodependents—, sorgeix el problema de la sida, una plaga que a Espanya s'associa a la drogoaddicció i ve a agreujar moltíssim el problema. És aleshores quan sorgeix des de moltes instàncies de la societat espanyola, la necessitat de respondre adequadament a aquesta complexa i nova problemàtica.

D'aquí que, des de distintes realitats de la geografia espanyola, moltes de vegades potenciades des d'institucions públiques o eclesials, o bé per grups de professionals preocupats pel problema, sorgeixin grups i persones que volen aprofundir en la recerca de respostes directes a la drogoaddicció. Se cerquen a Europa i Amèrica experiències que poguessin ajudar i orientar, i des de diversos llocs s'acudeix al Ceis de Roma. No feia molt que s'havia engegat el programa educatiu-terapèutic anomenat Progetto Uomo. En aquells moments encara estaven supervisats per un membre de Daytop Village que prestava ajut i suport.

Des de la solidaritat viscuda en carn pròpia, varem ser molts els que poguérem rebre orientació, formació específica, des de la praxi, a la Comunitat Terapèutica de S. Carlo o en algun dels centres de Roma o d'Itàlia, i, posteriorment, des de la teoria, a la Casa del Sole de Castelgandolfo.

I així va ser quan el 1984 neix el primer centre del que es digué Projecte Home, a Madrid, i poc a poc en van anar apareixent al llarg de la geografia espanyola. Per mostrar l'actitud d'obertura davant dels exclosos que es tingué a PH, des de l'inici, en vull ressaltar dos fets:

1. La Carta Fundacional de Projecte Home¹².
2. La praxi diària de PH a l'hora de les condicions que es posen per ser acollit al PH.

És lògic suposar que si no s'exigeix cap quantitat per ser acollit al PH, en principi seran els més exclosos i pobres els primers a acudir. I així ha estat la realitat. Certa classe de persones difícilment venien a PH perquè podien anar a altres centres, de dins o de fora d'Espanya, i pagar les moltes quantitats que se'ls exigia.

D'altra banda, és una realitat que la praxi diària de PH no discrimina a ningú per malaltia, sexe, edat. Només demanam que tingui un mínim desig i voluntat de deixar les drogues. No posam com a condició ni l'edat, ni si es tenen judicis pendants, o han estat a la presó, ni quants cops ha vingut al Projecte, ni malalties, ni, fins i tot, els exigim la família —tot i sabent l'important que és per a nosaltres la família— perquè si no n'hi ha, hi ha més de 115 pisos a tot Espanya que fan de família substitutòria. Malgrat que moltes vegades es recupera a la família, si se'n té, aquesta ha estat un problema real que ha allunyat a persones del Projecte per desconeixement, altres ha estat motiu de justificació per no fer el que es podria fer, i altres per viure l'experiència que és més difícil: rehabilitar-se sol.

Al llarg d'aquests anys s'han anat cercant alternatives a les persones sense família perquè, a més dels 115 pisos de famílies substitutòries, en aquests moments són uns quants els Centres que tenen acollides residencials, o bé comunitats directes. Això torna a ser una porta més oberta als més exclosos. És a dir, a nivell econòmic no se li exigeix res a l'usuari.

És notori que no exigim ni una quota d'entrada, ni cap mensualitat.

Les condicions podrien ser una forma d'exclusió dels exclosos. Val la pena reafirmar-ho i estudiar-ho bé.

No podem oblidar que PH neix a Espanya en un moment caracteritzat:

- per la manca de recursos;
- per la confusió i el desconeixement quant al tipus de respostes que s'han de donar al problema de les drogodependències que es presentaven, entre altres, com una nova forma d'exclusió social.

Fins a principis de la dècada dels 90 ens trobam en una fase d'implantació en tot l'Estat espanyol de Projecte Home i dels altres recursos assistencials.

Al final d'aquesta etapa, superada en part la situació d'emergència, es comencen a plantejar qüestions com el perfil, la qualitat i l'avaluació dels serveis prestats. En aquesta línia podem esmentar el sondeig d'opinió sobre el consum de drogues fet per l'Equip d'Investigacions Sociològiques EDIS i CIDUR. Aquest informe degué ser el primer a reflectir l'estat de la qüestió a nivell estatal. Fou realitzat a començaments dels 90 sobre una mostra de 1600 joves entre els dotze i els vint-i-quatre anys, residents a 65 localitats distintes. Segons aquest sondeig, el 34,6% de joves espanyols havien provat algun tipus de droga i el nivell econòmic d'aquests es repartia de la següent manera: nivell baix: 49%; nivell mitjà: 37%; nivell alt: 14%.

Intentant localitzar la classe social del drogodependent, el 1991, Ciriaco Izquierdo Moreno afirmava que «totes les classes socials pateixen les conseqüències de la droga. L'antiga opinió que les drogues només es donaven en els grups marginats i en les zones més pobres ja no és compartida per ningú. Les drogues són usades, consumides i s'abusa d'elles en tots els grups socials»¹³. Però, a la vegada, es veu des del començament que el drogoadicta s'auto-margina¹⁴.

A començaments dels noranta, segons una enquesta feta per Demoscopia SA entre els espanyols en edats compreses entre els 18 i els 24 anys, el 30% coneixia a algun familiar o amic íntim amb problemes de drogodependència.

En aquest context, el 1990, Projecte Home dissenya un qüestionari que s'aplica des del mateix anys a tots els usuaris que porten més de 30 dies en qualsevol dels diferents programes de Projecte Home. La realització de l'enquesta i la publicació de les dades reflecteix un canvi qualitatiu important en la dinàmica assistencial. En els anys noranta, la necessitat de respondre amb urgència ja no és tan peremptòria, la qual cosa permet dedicar un cert esforç a conèixer el que està passant i millorar, des d'aquest coneixement, la intervenció. Pren cos, així, la idea de no avançar a cops de cec, sinó coneixent i avaluant allò que s'està fent.

D'altra banda, és a partir de 1994 que apareixen nous tipus de demanda i que s'obre una reflexió sobre la nova situació, el que comporta la creació de nous programes.

REALITAT DE PROJECTE HOME DURANT AQUESTS 16 ANYS D'EXISTÈNCIA

L'usuari de PH

Oferiré unes dades sobre aquest qüestionari que al llarg de deu anys s'ha anat aplicant a tots els centres de Projecte Home. Crec que pot il·luminar, també, en aquesta qüestió del problema de l'exclusió social.¹⁵

L'evolució sexe i edat

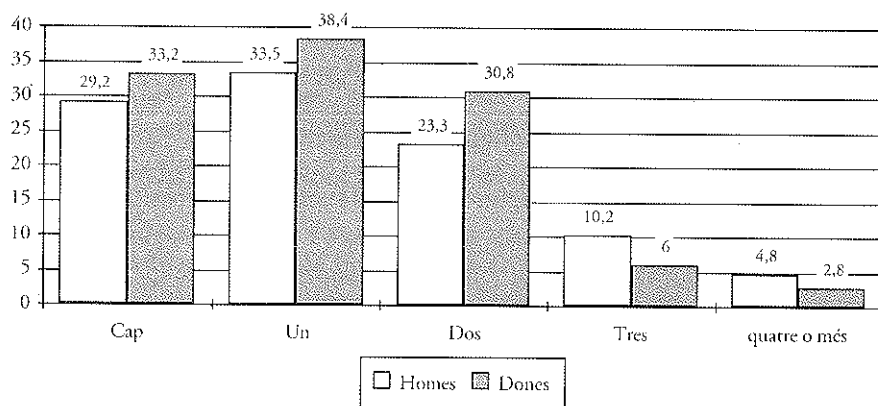
La tendència a la composició sexual dels atesos a PH ha evolucionat en el mateix ordre que els resultats generals recollits pel SEIT. En aquest sentit, no sembla donar-se cap factor de diferenciació sexual lligat a les característiques de Projecte Home. Entre 1990 i 1999, els percentatges de sexe se situen entre un 79% i 85% d'homes front d'un 21% i un 14% de dones.

Quant a la seva edat, s'observa un constant increment de les edats mitjanes. L'evolució de les edats mitjanes i la mateixa distribució de les edats dels ingressos des de 1990, confirmen la idea que estam davant d'un únic grup generacional, atès que a partir de 1987 tant per al SEIT com per al PH, més d'un 80% dels homes i el 70% de les dones han nascut entre 1960 i 1972. L'edat mitjana el 1990 era de 25,3 anys i el 1998, de 29,2.

Trajectòria escolar

Entre un 34% i un 45% —depenent de l'any— no acabà EGB. Comparant aquestes dades amb les de la població de la mateixa edat i en els anys que haurien d'haver estudiat (i prenem dades de l'Estatística Escolar del MEC), podem constatar un extraordinari dèficit escolar en el col·lectiu: haurien d'haver acabat EGB un 82-88% d'ells. D'altra banda, l'edat d'abandonament dels estudis se situa en una banda entre els 15 i els 16 anys amb un ampli historial de repeticions de curs, canvi de col·legi (veure gràfiques 1 i 2). La drogodependència es relaciona amb una crisi educativa que s'inicia en la primera adolescència (veure gràfica 3).

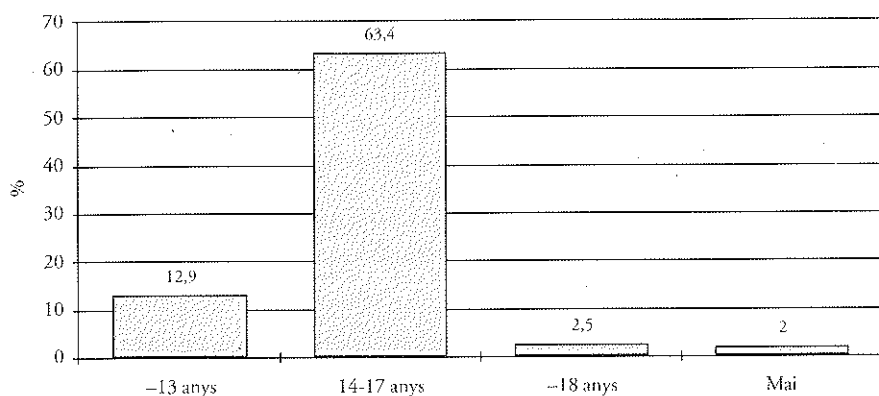
Número de cursos repetits



Canvi de centre

• A EGB canvien qualque vegada el 98,7% — Un 53% una vegada — Un 28% dues vegades
• A BUP/COU canvien qualque vegada el 25% — Un 15% una vegada — Un 7% dues vegades
• A FP canvien qualque vegada el 33% — Un 26% una vegada — Un 5% dues vegades

Edat d'abandonament dels estudis



Trajectòria laboral

La quasi totalitat dels entrevistats (més d'un 93%) ha treballat en alguna ocasió. Quant al moment en el que iniciaren l'activitat laboral, apareix una situació de precocitat fins al punt que gairebé una quarta part començaren a treballar de forma il·legal abans de fer els 14 anys i dues terceres parts abans dels 16. L'edat mitjana d'inici laboral se situa entre els 15,4 i 16,3; edats que es corresponen amb la de l'abandonament d'estudis i amb l'inici en el consum de drogues. No es tracta, a més, d'ocupacions molt precàries si tenim en compte l'edat d'inici i la situació del mercat de treball en les dates i edats corresponents (primera meitat dels anys 80). Tenint present aquestes dades, podem concloure que l'exclusió escolar és, almenys per a un sector important, una combinació de crisis d'estudis i existència d'alternatives laborals. Entre un 72,4% i un 77,3% declaren que varen veure modificada la seva situació laboral degut al consum de drogues.

Història toxicològica

L'edat mitjana d'inici en el consum de haixix o marihuana se situa entre els 13,6 i 15,2 anys. El nombre d'anys de consum quan va al centre ha augmentat cada any, dada lògica si es té en compte que també augmenten les edats mitjanes dels usuaris (10,3 a 14,4 anys de consum).

Entre un 63,5-77% han intentat deixar les drogues abans d'ingressar al PH amb ajuda professional. Aquests han utilitzat, bàsicament, dispositius de tipus ambulatori, comunitats terapèutiques o granges de rehabilitació, sent cada cop menys els que utilitzen consultes particulars i unitats de desintoxicació hospitalària.

Problemàtica jurídic-penal

Entre un 10,4% o un 18,4% tan tingut relació amb la Junta o Tribunal Tutelar de Menors. Un 5-7,8% han estat internats a un centre de menors o reformatori. Entre un 66,6% i un 80% s'han vist a comissaria, almenys, en una ocasió. D'aquests, la mitjana de vegades és de set. Entre un 19,4% i un 39,6, han estat a la presó.

En aquests darrers anys, veim un significatiu augment de persones que vénen com a mesura alternativa a la presó, sens dubte degut a la nova legislació espanyola, però especialment a la conscienciació de jutges i fiscals.

Totes aquestes dades es refereixen al qüestionari que al llarg d'aquests deu últims anys hem anat aplicant als usuaris del que anomenam programa tradicional. Quant als usuaris dels nous programes, de joves, alcohol, ludopaties, complementaris dels programes d'objectius intermitjos, no en tenim dades suficients per fer-ne una valoració.

Aquestes dades crec que són suficients per veure que els usuaris als que atenem entren en aquella categoria d'exclusos de la societat, ja sigui perquè així neixeren o perquè, poc a poc, així es varen anar fent. I sabem també que tots els nostres programes contemplen, per a tots, la reinserció social, familiar i laboral com un dels seus objectius fonamentals; és a dir, que el drogodependent surti de l'exclusió social.

Reptes de Projecte Home quant als exclosos de la societat

El primer lloc, vull dir que seguim tenint el mateix repte que ens marcàrem des de l'inici: mantenir la filosofia de la Carta Fundacional davant de les possibles pressions internes o externes, o bé les derivades de dificultats de tota mena, especialment les econòmiques. I quant a l'exclusió social, mantenir els principis de la Carta Fundacional d'obertura a tota persona que necessiti ajuda degut a la seva dependència.

A partir d'aquí comentaré breument alguns dels desafiaments a què ens enfrontam. Entre els més importants es troben els següents:

1. La complementarietat. En aquests moments, a Espanya, hi ha dues grans línies de treball quant a drogodependències: els programes d'objectius intermitjos i els programes lliures de drogues. És un desafiament real el fet que aquestes dues grans línies de treball no només no siguin contradictòries, sinó que es complementin. I Projecte Home pot aportar quelcom de seriós en aquesta complementarietat.

2. Suport al menor. Si bé és veritat que des de fa cinc anys a diversos centres de Projecte Home s'ha treballat amb els adolescents amb problemes d'ús o abús de drogues i amb les seves famílies, a partir d'ara, amb la nova Llei del Menor, se'ns presentaran unes reptes molt forts que, en alguns centres, ja estam començant a afrontar. Amb aquesta llei, hi cap la possibilitat d'establir mesures d'internament per part del jutge, ja sigui en règim tancat, semiobert, obert, terapèutic; o bé en l'assistència a un centre de dia, o en les mesures de llibertat vigilada; o bé la possibilitat de tractament ambulatori, o l'estada de caps de setmana o, fins i tot, la possibilitat de convivència amb una persona, família o grup educatiu, entre altres¹⁶. Això suposarà més línies d'actuació, donant suport a la problemàtica del menor i, a més, la necessitat de crear noves formes perquè aquest suport sigui més específic i eficaç.

3. Prevenció. L'experiència pilot que hem començat aquest curs amb 3.000 alumnes experiencials i 3.000 alumnes com a grup control, probablement ens portarà a endinsar-nos en un treball que ens obligarà a seguir aprofundint i ampliant aquesta nova línia a Projecte Home. És evident que aquesta prevenció és universal, però seguirà sent un desafiament, també, la selectiva i la indicada.

4. Seguirà sent un repte per a nosaltres tenir les portes obertes als «ionquis residuals» cada cop més grans i més castigats, i a qui sembla que només se'ls vol oferir programes d'objectius intermitjos. És important assumir

el repte que suposa que ells també són capaços de sortir, amb ajuda, definitivament de la droga.

5. No podem oblidar que avui també és un desafiament per a nosaltres poder oferir dins i fora del centre penitenciari una alternativa rehabilitadora i reinscridora per a totes aquelles persones que han delinquit degut a la seva drogodependència.

6. Les mares drogoadictes amb fills necessiten un especial suport i més encara aquelles que els tenen petits.

7. Volem fer parar esment sobre el fet que comencen a arribar als nostres centres fills de drogodependents. I no només fills d'aquells que defensen la normalització de la marihuana o haixix, o la legalització de les drogues, sinó fills de drogoadictes els pares dels quals moltes vegades són a la presó o treballen en la prostitució. A més de tota la problemàtica «normal» de fills de drogoadictes, s'hi afegeix el de tota una història que els pesa i marca.

8. Un altre repte que tenim és el de respondre a les persones que provenen de les classes socials altes. Normalment són persones que han anat a clíniques privades d'altíssim cost, tant a Espanya com a fora, però que segueixen sent esclaus de la seva dependència i poc a poc es van automarginant i autoexcloent.

9. Respondre a les altres dependències amb les que ens anam topant. Ja s'ha començat a fer camí, però estic convençut que encara ens queda molt per recórrer¹⁷.

10. Finalment, vull sortir de la pròpia problemàtica interna nostra d'Espanya. L'últim desafiament que espòs és el que ens ve d'Amèrica Llatina i dels països de l'Est d'Europa. Són persones excloses de països exclosos. Degut a les relacions que aquests últims anys hem tingut amb ells, ens hem conscienciat de la realitat de la drogodependència en aquests països. Això ens ha suposat un enriquiment però també una constant petició d'ajut de part seva, tant de formació, passanties, com de suport tècnic. També de suport a l'hora de petició d'ajuts a entitats espanyoles o europees. Sens dubte, és un repte per a nosaltres donar-los suport, com saber rebre el seu suport amb tota l'experiència de patiment que acumulen, de limitacions que, moltes vegades, són institucionals. Tenen l'experiència que es dedica una quantitat enorme de dòlars a repressió, però molt poc a prevenció o a rehabilitació. Quantes respostes hi ha a Llatino-amèrica als nins del carrer, de qui podem aprendre! I quanta ajuda podem aportar des d'aquí!

11. Una altra realitat que ens interpel·la és la dels emigrants..

Les arrels d'on sorgeix i la realitat d'aquests anys de Projecte Home Espanya i els reptes que afronta en aquests moments, ens fan tornar a afirmar, com a conclusió d'aquest treball, que Projecte Home ha estat sempre un lloc on l'exclòs no només ha estat i és acollit, sinó on se li ofereix la possibilitat de rehabilitació i de reinserció social, familiar, laboral i vital.

NOTES

1. «Pobresa i exclusió social com a fenomen estructural». De la revista «Proyecto Hombre».

2. És clar que Projecte Home és quelcom que rebem però que hem anat creant i fent els distints centres d'Espanya, avalats, animats i orientats per l'Associació. De tal manera que avui podem dir amb molta claredat que la realitat actual de Projecte Home és fruit de l'herència que

rebèrem, però de forma molt especial del treball que dia a dia estam fent els vint-i-cinc centres que hi ha a través de la geografia espanyola liderats per l'Associació.

3. (Veure, p.e., Martien Kooyman, «La comunidad terapéutica para drogodependientes». Edic. Mensajero, Bilbao 1996, en els seus capítols 1 i 2, pàgs. 9-25. I per a les europees, veure J. Rodríguez Roca i col·laboradors «Drogodependencias y su tratamiento en siete países europeos». Col. INTRESS, Barcelona 1989).

4. Des d'ara, per dir Comunitat Terapèutica escriuré només les inicials CT.

5. *In concetto originario di una comunità terapeutica e emerso come risposta al problema del dislocamento di popolazioni nell'immediato dopoguerra a Londra. L'industria e il fronte avevano assorbito pressappoco ogni singolo adulto del Regno Unito, in nome delle esigenze di guerra. Vi era un nemico comune, lavoro per tutti, ottimi comandi, morale altissimo. I danni alla salute mentale che erano stati previsti come effetto dei bombardamenti di Londra, non si verificarono. Ma l'avvento della pace cambiò la scena per coloro che erano solo parzialmente utilizzabili. Gli adulti scarsamente dotati di intelligenza o motivazione acivolarono nella disoccupazione o si rifugiarono nell'alcohol, nella droga, in malattie imprecisate, o decisamente nell'ozio.*

L'assistenza nazionale era pronta ad elargire sussidi, per gli intraprendenti c'era la delinquenza. Il Ministero del Lavoro definiva tale massa imprecisa come «i disoccupati duri»: insieme al Ministero della Sanità istituì un centro sperimentale di riabilitazione destinato a studiare questo problema. E il provvedimento si rivelò opportuno perché per questo gruppo specifico, oltre ai sussidi, non c'erano che ospedali psichiatrici e prigioni, che erano certamente sedi inadatte e persino dannose». Maxwell Jones. «La comunità terapeutica. Conversazioni con Maxwell Jones». Dennic Briggs. Ceis, Roma, 1988, pàg. 17.

6. George De Leon, «The Therapeutic Community Theory, Model and Method». Springer Publishing Company, Inc., New York, 2000, pàg. 19: «*The socio-demographic and drug use profile of the membership in Synanon differed from AA. This reflected a change from serving alcoholics exclusively to inclusion of opiod addicts and substance abusers of all kinds. Although statistics are not available, the proportion of non-White minority and female members in Synanon appears to have been markedly higher than in the AA of those times.*

The change in client profile and drug use patterns seen in Synanon was particularly significant in the evolution of TCs. It established self-help TCs as a viable treatment option for narcotic addicts and others users of illicit drugs and for socially disenfranchised substance abusers in general. These individuals typically did not find their way to AA. Most were unserved by the conventional medical and mental health systems. Their addictions were either temporarily interrupted in detoxification clinics, on medical ward, through incarceration in jails or prisons, or they ended in death».

7. D. Ottenberg. I Congreso Nacional de PH, Vitoria, pàgs. 74-78.

8. «*The development of the TC and its history began in the early 70s. It was in 1972, that an organization called DARE Foundation of the Philippines, was first known to have developed and transplanted these therapeutic concepts from Daytop Village, Nwe York. DARE Foundation can be considered the grandfather of TCs in our Asian region*». 1st AFIC Scientific Meeting, Theme: «Evolution of the TC in Asia. History of the birth of therapeutic community in the Southeast Asia. Mr. Frederick K.Y. Loke, pàg. 25.

9. «Progetto Uomo. Un programma terapeutico per tossicodipendenti». Don Mario Picchi. Edizioni Paoline, Milano, 1988, pàg. 5.

10. «Un Progetto per l'Uomo». Don Mario Picchi. Centro Italiano di Solidarietà di Roma, Roma, 1994, pàg. 6.

11. En el segon capítol s'afirma: «*Este estudio es el primero que caracteriza en España el estado de las Comunidades Terapéuticas para heroínómanos, una de las modalidades asistenciales para toxicómanos peor conocidas y de más reciente aparición. En el momento en que se inició la investigación no se disponía de documentación científica acerca del estado de las Comunidades en España... y la información disponible era confusa y estaba totalmente sectorizada*». «Comunidades para toxicómanos». Lluís Polo y Mikel Zelaya. Asamblea de Madrid de Cruz Roja Española, Madrid, 1984, pàg. 9.

12. Vull fer referència als punts 1, 4 i 10. En el primer s'afirma: «*Se trata de un Programa sin fines lucrativos. Gratuidad: no se puede exigir cantidad alguna a la familia*». En el quart es diu: «*Se trata de un Programa abierto a todos los jóvenes*». I en el 10: «*el proceso terapéutico es voluntario*». Carta fundacional de PH, documents interns, Madrid, 1986.

13. Izquierdo, Ciriaco: «La droga, un problema familiar y social con solución». Ediciones Mensajero, Bilbao, 1992, pàg. 18.

14. «El drogadicto rompe pronto con sus relaciones habituales, rodeándose de grupos marginales en los cuales la droga sirve como único vínculo de unión, lo que hace que cada vez se separe más de la sociedad que le rodea. La marginación social es la respuesta que predomina respecto a los consumidores de drogas. Tras esta respuesta se esconden actitudes irracionales y todo un cúmulo de incomprensiones, ignorancias y estereotipos, pero este rechazo supone un argumento más que influyente psicológicamente en el toxicómano, impulsándole a intensificar su adicción puesto que sólo en ella encontrará la gratificación necesaria que le permita olvidarse de los demás. Se produce así una autoexclusión de la supervivencia social por la incapacidad del toxicómano para participar en las tareas colectivas». Mateix autor i llibre, pàg. 96.

15. Totes les dades de l'Associació PH corresponen al Programa denominat tradicional, ja que el suport informatiu estava dissenyat exclusivament per a aquest model.

També cal advertir que aquestes dades han estat extretes de 10 estudis individuals realitzats des de 1990 fins a 1999. Per tant, quan citam dos nombres o percentatges ens referim al mínim i màxim d'aquests deu anys.

16. Llei Orgànica reguladora de la responsabilitat penal dels menors; publicada en el BOE de 12 de gener de 2000.

17. D. Ottenberg: «Yo creo que en el futuro, el campo de aplicación de las CTs va a ser mucho más importante y servirá para resolver otros problemas que no tienen nada que ver con la drogadicción». Revista Proyecto núm. 14, pàgs. 5-6.