

MANUAL

DE COMUNICACIÓ

PER A PROFESSIONALS

DE LES

DROGODEPENDÈNCIES



MANUAL

DE COMUNICACIÓ

PER A PROFESSIONALS

DE LES

DROGODEPENDÈNCIES

MANUAL

DE COMUNICACIÓ

PER A PROFESSIONALS

DE LES

DROGODEPENDÈNCIES

**AUTORS:** CLARA VALVERDE

**DIRECCIÓ:** JOAN COLOM. SUBDIRECTOR GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES.  
DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA.

**EDICIÓ:** SUBDIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES.

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA. DEPARTAMENT DE SALUT.

BARCELONA, 2008



Generalitat de Catalunya  
**Departament  
de Salut**

# ÍNDEX

PRESENTACIÓ	7
1. L'EINA DEL TREBALL DEL PROFESSIONAL AMB EL DROGODEPENDENT: LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA	9
2. PER A QUÈ?	21
3. NOSALTRES DAVANT DEL DROGODEPENDENT	25
4. L'ART D'EMPATITZAR	31
5. L'ESCOLTA	41
6. EL DROGODEPENDENT I LES SEVES EMOCIONS	55
7. CREURE L'USUARI	61
8. LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA PER ALS CANVIS D'HÀBITS	67
9. REFLEXIÓ	83
10. BIBLIOGRAFIA	89

## PRESENTACIÓ

Metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials, educadors i psiquiatres col·laboren en equip per tot Catalunya per oferir espais perquè els drogodependents puguin trobar el suport necessari per millorar la seva salut.

En la feina d'aquests professionals, la comunicació hi té un paper central. Cal saber-los escoltar i parlar-hi per establir i mantenir una relació d'ajuda que sigui eficaç i terapèutica.

No és una tasca fàcil, però cal crear un espai en què l'usuari pugui començar a veure's d'una altra manera, a sentir-se respectat per poder anar desfent els nusos que té la seva vida i alleujar el sofriment.

Hem elaborat aquest manual per ajudar els professionals de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències a mantenir una relació que vagi molt més enllà de la comunicació social amb els usuaris.

Desitgem que us sigui d'utilitat.

**ANTONI PLASÈNCIA I TARADACH**

DIRECTOR GENERAL DE SALUT PÚBLICA

EN MEMÒRIA DE JULIÁN MONTALVO (1957-2007),  
EN AGRAÏMENT PER SER UN EXEMPLE DE DIGNITAT  
I PEL SEU COMPROMÍS DE LLUITA  
PELS DRETS DE LES PERSONES MARGINADES.

# 1. L'EINA DEL TREBALL DEL PROFESSIONAL AMB EL DROGODEPENDENT: LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA

## INTRODUCCIÓ A LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA

La comunicació terapèutica és una comunicació específica per a una relació en la qual una persona ha d'ajudar una altra. Però és molt més que això. La comunicació terapèutica és un nou enfocament en el qual el centre del treball és l'usuari, la seva narrativa (què diu i com ho diu), la seva experiència de l'addicció, la seva experiència del sofriment i el que significa per a ell o ella i com el professional escolta, atén i dialoga amb l'usuari sobre la seva situació. La relació terapèutica i eficaç que el professional estableix amb l'usuari a través de la comunicació és la base per, després, poder dur a terme totes les altres intervencions en drogodependències.

**La comunicació terapèutica és una eina perquè el professional de drogodependències trobi el seu rol amb el pacient, un marc per “saber estar” en la relació d'ajuda.**

L'usuari, com tota persona, és un ésser complex en procés de canvi al qual se li afegeixen els reptes de les addiccions, problemes de salut i problemes socials. Per viure amb aquests reptes, l'usuari s'enfronta a un procés d'evolució dels seus pensaments, dels seus significats, de l'impacte que la seva addicció i altres problemes de salut tenen sobre ell i la seva família, de presa de decisions, de veure's de diferents maneres. Per a aquesta persona la comunicació amb un professional pot ser molt útil.

Sovint, quan un professional detecta que un usuari està en procés de canvi, la reacció és dir-li què ha de fer.<sup>1</sup> Això no és útil perquè l'ésser humà no canvia perquè algú li digui què ha de fer i com. És un procés més complex pel qual el professional, a través de la comunicació terapèutica, acompanya l'usuari com un “testimoni empàtic” de l'experiència existencial del sofriment. El professio-

nal és un aliat i així l'usuari pot anar creant un altre mapa de la seva vida, una nova realitat en la qual pugui canviar la seva relació amb les substàncies.

Quan un professional de drogodependències, davant d'un usuari, es pregunta "Què dic?, què faig?", la resposta és "pensar". Cal pensar abans d'intervenir, a través de les preguntes següents:

- Què estic sentint i penso jo sobre aquest usuari? Alguna cosa d'això m'impedeix tractar-lo d'una manera terapèutica?
- Què li passa a l'usuari?
- Com li impacta la seva addicció o problema de salut?
- Què sent?
- Què necessita?
- Quin seria l'objectiu terapèutic en aquesta situació?

## 1.2. PER A QUÈ SERVEIX LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA?

### OBJECTIU PRINCIPAL

Augmentar la qualitat de vida de l'usuari.

### OBJECTIUS ESPECÍFICS PER A L'USUARI

- Que l'usuari senti que és el centre del procés.
- Que l'usuari senti que la seva experiència de l'addicció i de la vida és el que més importa al professional.
- Que l'usuari pugui comunicar les seves vivències i sigui escoltat.
- Que l'usuari noti que el seu sofriment (físic i emocional) és cregut i pres seriosament.
- Que l'usuari se senti acompanyat i menys sol.
- Que l'usuari tingui la possibilitat d'identificar, sentir, saber i decidir si vol canviar i com la seva manera de viure la seva situació per poder:
  - passar a través d'un repte com seria una addicció o problema de salut,
  - millorar una situació problemàtica o potencialment problemàtica,
  - trobar maneres de ser i recursos personals més satisfactoris desenvolupar el seu sentit de la vida en la seva nova situació (vida amb menys substàncies o sense substàncies, situació social o familiar diferent, etc.).



## OBJECTIUS ESPECÍFICS PER AL PROFESSIONAL DE DROGODEPENDÈNCIES

- Crear una relació terapèutica eficaç amb l'usuari.
- Augmentar l'eficàcia i la satisfacció.
- Desenvolupar un “saber ser” professional a través de pensar d'una manera terapèutica.
- Disminuir la seva frustració.
- Acceptar que el sofriment és un tema central en drogodependències.
- Augmentar l'interès per la complexitat de l'usuari.
- Sentir-se més humà.

### 1.3. EN QUINS ASPECTES ES DIFERENCIA DE LA COMUNICACIÓ SOCIAL?

La comunicació terapèutica, la que s'utilitza en una relació d'ajuda, no és igual que la comunicació social, la comunicació que utilitzem en altres àmbits de la nostra vida. L'estil de comunicació que hem desenvolupat per comunicar-nos amb les nostres famílies, amics i coneguts no és rellevant per a un context terapèutic.<sup>2</sup> Per a una relació d'ajuda, cal una metodologia específica perquè el professional mantingui el seu rol i els objectius terapèutics.

En la comunicació social, la responsabilitat de la qualitat de la comunicació és de les dues persones que s'estan relacionant (dos amics, dos familiars, dos companys de feina). En la comunicació terapèutica, la responsabilitat que la comunicació sigui al més eficaç possible és del professional, és part de la seva feina. El rol de l'usuari en la comunicació és poder expressar el seu malestar a la seva manera perquè el professional pugui conèixer-lo i així ajudar-lo millor. Hi ha professionals de drogodependències que creuen que l'usuari ha de tenir el 50% de la responsabilitat de la comunicació i es queixen que “l'usuari no hi fa tots els possibles”. En realitat, l'usuari ja “fa tots els possibles”, és allà, amb la seva addicció, els seus problemes de salut, els seus problemes socials, intentant viure la situació el millor que pot. El professional utilitza la comunicació terapèutica no per ser amable amb l'usuari, sinó perquè és l'eina principal de la seva feina.

En la comunicació social, si un amic ens parla d'una manera una mica agressiva, potser decidim enfadar-nos amb ell. Però en la comunicació tera-

pèutica veiem l'agressivitat de l'usuari com una expressió del seu malestar i ens dóna informació per poder treballar amb ell.

De la mateixa manera, si en la comunicació social un conegut ens parla d'una manera que pensem que ens “està prenent el pèl”, potser decidim no continuar parlant amb ell o diem alguna cosa irònica. Però en la comunicació terapèutica, quan veiem aquest mateix comportament en l'usuari, sabem que són les seves defenses i ens interessem per allò que hi ha darrere.

**En drogodependències, cal pensar des d'un enfocament terapèutic i reflexionar sobre el “què”, el “per què” i el “que sembla” del que fa i diu l'usuari.**

Si el professional de drogodependències, en la seva comunicació amb l'usuari, comença a pensar com si fos una comunicació social, s'arrisca a despistar-se, a confondre's, a no poder fer bé la seva feina, frustrar-se i “cremar-se”.

Vegem-ne alguns exemples:

**Exemple d'un professional de drogodependències que, en comunicar-se amb l'usuari, pensa des de la comunicació social**

**Usuari** (entrant a la consulta): “Fa mitja hora que espero! Em trobo fatal! Què us creieu, que puc estar esperant tot el dia?”

**Professional** (pensa: “Que pesat és aquest usuari! És un exagerat. Amb tota la feinada que tinc. Només busca atenció.”): “Mira, estic molt ocupat. No pots venir així. A veure si et tranquil·litzes!”

Com veiem, la intervenció del professional no ha ajudat l'usuari a disminuir el seu malestar ni l'ha comprès millor. Després d'aquesta intervenció, l'usuari se sent sol i més incomprès, el professional se sent més frustrat i enfadat, i la relació d'ajuda no ha millorat.

**Exemple d'un professional de drogodependències que, en comunicar-se amb l'usuari, pensa des de la comunicació terapèutica**

**Usuari** (crida a la sala d'espera): “Sempre he d'esperar! Jo no aguanto això!”

**Professional** (surt de la consulta pensant: “Aquest usuari no sembla estar molt còmode. crida sovint. Pot ser que se senti sol o nerviós. Aquesta situació no és còmoda però intentaré veure què li passa.”): “Veig que no estàs gaire content. En uns minuts tindrà una estoneta. Si vols llavors entres i m’expliques com van les coses”.

La gran part de la frustració que tenen els professionals amb els usuaris i de la insatisfacció d’aquests amb els professionals es deriva del fet que el professional, en no tenir sempre la formació i supervisió adequades, es confon i pensa com si estigués en una situació social en comptes d’una de terapèutica.

**Davant d’un usuari, pensar d’una manera terapèutica i no social, és la millor ajuda per al professional de drogodependències.**

#### 1.4. LA RELACIÓ DE COMUNICACIÓ

La comunicació terapèutica es basa en la idea que el que és principal de tota relació d’ajuda és la comunicació i que aquesta comunicació està centrada en l’usuari.<sup>3</sup> La comunicació no és donar informació (això és una part molt petita d’aquest procés), és una manera de relacionar-se, en la qual el professional és present del tot, és un testimoni empàtic, amb un compromís d’ajudar i acompanyar l’usuari en la seva realitat.

Això és necessari perquè mentre ha de canviar o abandonar la droga, l’usuari perd gran part del seu vell ser, i és a través d’anar parlant i redefinint-se amb algú que l’escolti des d’un rol terapèutic que pot començar a construir la seva nova realitat.

Per a una relació de comunicació, el professional ha de desenvolupar la seva humanitat, que és la qualitat que, en nombrosos estudis, els usuaris diuen que és el que més aprecien del professional sanitari.<sup>4</sup> Altres qualitats que els usuaris diuen que volen dels professionals sanitaris, que fomenten l’enfocament de la comunicació terapèutica, són: una bona comunicació<sup>5</sup> i que el professional s’interessi per l’usuari.<sup>6</sup>

L’usuari, la seva addicció, i la seva experiència de la seva addicció, no són

problemes per “solucionar” sinó una situació per descobrir amb interès i curiositat. No pretenem que el professional pugui comprendre l'usuari en la seva totalitat. Això no és possible atesa la complexitat de l'ésser humà. Però sí que faci l'esforç d'intentar comprendre'l<sup>7</sup> escoltant amb el mateix interès que mostraria un antropòleg en una nova cultura.

Però comprendre què? El principal és intentar comprendre el significat que té per al pacient la seva experiència (addicció, malaltia, aspectes psicosocials, etc.), ja que l'addicció no significa el mateix per al que la pateix que per al professional sanitari.<sup>8</sup>

## 1.5. ELEMENTS DE LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA

### 1.5.1. ELEMENTS BÀSICS

Aquests són els elements bàsics de la comunicació terapèutica que seran desenvolupats en aquest manual:

- El pensament terapèutic
- L'empatia
- L'escolta receptiva i reflexiva
- L'atenció a les emocions del drogodependent
- L'acompanyament del drogodependent en les seves reflexions
- L'autorreflexió i l'autobservació

### 1.5.2. PER POSAR EN PRÀCTICA ELS ELEMENTS BÀSICS

- Saber distingir entre la comunicació terapèutica i la comunicació social.
- Pensar, mirar, escoltar i parlar d'una forma terapèutica, enfocar-se en l'experiència de l'usuari, de la seva vida, de la seva addicció, de la seva malaltia.
- Creure en l'usuari.
- Descobrir els significats i impactes que té per a ell el que ha viscut i viu.
- Adonar-se del fet que, depenent com es tracta l'usuari, contribueix a augmentar o disminuir el seu sofriment.
- Notar el que sents tu: les teves emocions, les teves opinions, les teves

expectatives i adonar-te que són teves; no projectar-les a l'usuari, deixar-les a un costat per a un altre moment; saber que les teves expectatives són teves i no les de l'usuari i que cal treballar amb les de l'usuari.

- Recordar que l'usuari és el centre de tota la teva feina.
- Treballar amb l'usuari com és ara, no com t'agradaria que fos.
- Conèixer-te més: quines situacions i comportaments dels pacients mobilitzen els teus sentiments?
- Preguntar-te: el que dic, per què ho dic?
- Si et sents frustrat amb l'usuari, repensa com el veus: el podries veure d'una altra manera que fos més congruent amb una relació d'ajuda?
- Saber mostrar empatia, fins i tot davant de comportaments que no t'agraden i entendre que l'empatia és l'eina principal de la comunicació terapèutica.
- Conèixer l'usuari com a individu.
- Adonar-te que l'usuari és el que es coneix millor a ell mateix.
- Respectar l'usuari: el pots respectar? per què no? ho pots repensar?
- Ser receptiu a les necessitats de l'usuari, escoltar amb tranquil·litat i saber què s'escolta (contingut, emocions).
- Respectar les emocions de l'usuari, deixant que les expressi lliurement i atenent-les d'una forma terapèutica.
- No jutjar els comportaments de l'usuari i entendre que són la seva manera d'expressar el seu malestar, que l'important és el que hi ha a sota del comportament.
- Notar les defenses de l'usuari, respectar-les i no reforçar-les.

### 1.5.3. QUÈ ESPERA L'USUARI?

La qualitat de les cures que donen els professionals depenen, sobretot, de si responen a les expectatives del pacient. No és suficient donar un bon tracte si l'usuari no el percep com a bo. El primer és saber com és l'usuari i què espera del professional. Això depèn de les habilitats de comunicació del professional.

Alguns estudis mostren el que els usuaris esperen i valoren del tracte:

- Que les seves necessitats siguin escoltades.

- Que no es descartin les seves preocupacions.
- Que se'ls tracti com a persones i no com a malalties o problemes.
- Que es parli *amb* ells i no *a* ells.
- Que es respecti la seva privacitat.
- Que se'ls expliquin els tractaments i opcions disponibles.
- Que sàpiguen que importen al professional.<sup>9</sup>

#### 1.5.4. DESCONFIANÇA I CONFIANÇA DE L'USUARI

A través de la metodologia de la comunicació terapèutica que es va explicant en aquest manual, el professional podrà anar desenvolupant les seves habilitats que, s'espera, ajudaran l'usuari a sentir confiança en ell o ella. Per mitjà de l'empatia, el respecte i l'acompanyament, l'usuari possiblement podrà començar a confiar en el professional.

Tot i així, hi ha usuaris als que els costa confiar en el professional. Si el professional està utilitzant una metodologia terapèutica, pot ser que sigui a causa d'altres experiències que l'usuari ha tingut amb altres professionals i, de vegades, de la seva psicopatologia. També pot ser a causa de com el drogodependent és vist en la societat, i a la vida molt sovint, que ha viscut marginal.

Si el professional nota que l'usuari amb qui està treballant desconfia, pot verificar la raó a través d'alguna de les intervencions següents:

- “Expliqui'm si hi ha alguna cosa que faig que no li sembla bé.”
- “No el noto còmode. Li molesta alguna cosa? M'ho pot dir.”
- “M'agradaria que estigués còmode. Digui'm si hi ha alguna cosa que puc fer d'una altra manera.”

#### 1.5.5. CONTINUÏTAT

Per a una relació d'ajuda de qualitat, és important, en la mesura del possible, que l'usuari tingui continuïtat en les cures. La comunicació terapèutica és un acompanyament a l'usuari drogodependent en el llarg viatge del seu canvi. Per a això, és necessari que sigui, en la mesura del possible, el mateix professional que atengui l'esmentat usuari. La relació d'ajuda que es pot desenvolupar en el temps serà de gran benefici per a l'usuari i també per al professional ja que l'usuari se sent més satisfet i comprès, augmenta la seva adherència a les cures,

l'eficàcia de la comunicació, la confiança de l'usuari i la satisfacció laboral dels professionals de drogodependències.<sup>10</sup>

Hi ha centres en els quals s'ha adoptat la ineficaç pràctica de canviar el pacient de professional quan el professional no té les habilitats necessàries per als reptes que representa aquest usuari en particular. Aquesta acció té conseqüències negatives per a l'usuari i per al professional. El pacient usuari se sent rebutjat i al professional se li reforça la creença que no és capaç de treballar amb certes situacions i no se li dona l'oportunitat d'aprendre.

La intervenció rellevant en un cas així és que el professional acudeixi al supervisor per analitzar la situació i reflexionar conjuntament sobre com s'està veient l'usuari, sobre l'enfocament utilitzat i altres enfocaments alternatius possiblement més eficaços i provar noves idees per a aquesta situació.

## 1.6. EXEMPLES DE COMUNICACIÓ POC EFICAÇ

### 1.6.1 ENFOCAMENT INEFICAÇ

Alguns professionals de drogodependències no han rebut formació específica sobre la relació d'ajuda ni la comunicació terapèutica, i tendeixen a imitar el que observen en el sistema sanitari. Desafortunadament, fins ara, la comunicació que empren els professionals sanitaris al nostre país mostra una falta d'habilitats interpersonals i comunicatives alarmant.<sup>11</sup>

L'estil que més observem en la comunicació del professional sanitari és paternalista i directiu, en el qual el professional és dominant i ell controla i dirigeix la interacció sense cap flexibilitat a les necessitats dels usuaris.<sup>12</sup>

En la majoria de les situacions observades, el professional no mostra interès per les preocupacions de l'usuari ni pels aspectes psicosocials. No es dona espai per a les opinions i la realitat de l'usuari ni per a la seva participació.<sup>13</sup>

La majoria dels professionals no han estat formats encara sobre la idea que la medicina del segle XXI està centrada en l'usuari<sup>14</sup> ja que és per la interacció entre l'usuari i el professional que sorgirà la informació necessària per fer intervencions rellevants. Es continua limitant o impeding la participació de l'usuari a través de preguntes tancades, de seguir un "guió" lineal que prèviament el professional té en ment, d'un monòleg per part del profes-

sional i sense la flexibilitat necessària per tenir en compte les necessitats de l'usuari.<sup>15</sup>

### 1.6.2. INTERVENCIIONS INEFICACES

#### Fer preguntes tancades, com si fos un interrogatori:

“Està millor, no?”, “Ha fet el tractament?”, “Ha vingut sol?”

Aquestes preguntes només donen peu a respostes “sí” o “no”, per això se les anomena “preguntes tancades”, ja que tanquen en comptes d'obrir el diàleg.

#### Preguntes obertes i eficaces serien:

“Què opina...?”, “M'explica...”, “Com li va amb el tractament?”

#### Donar ordres, imposar:

“Ha de prendre això”, “Hauria de fer aquest tractament”,  
“Tranquil·litzi's”.

Aquestes frases imposen i quan a un ésser humà se li imposa, no canvia ni s'implica en el seu procés, si no que reforça les seves defenses fet que pot passar fàcilment amb usuaris drogodependents. Aquesta no és una eina perquè pugui reflexionar. A part d'això, imposar no respecta els drets de l'usuari.

La informació i les recomanacions *s'ofereixen*, no es *donen* i es demana a l'usuari que opini. Per exemple: “Per a algú en la seva situació es recomana aquest tractament. Com el veu vostè?”

## 1.7. SECRET PROFESSIONAL

La confidencialitat és primordial perquè la comunicació terapèutica es pugui dur a terme, ja que si l'usuari dubta que el professional no guarda el secret professional, no tindrà confiança. Un diàleg en el qual l'usuari no se sent segur sobre si el que dirà no anirà més enllà del professional que l'escolta, no serà un diàleg útil ni tindrà benefici terapèutic.



La confidencialitat és un dret de tot usuari i aquesta ha de ser assegurada verbalment i per rètols que expressin que el secret professional es guardarà sempre. Com assegurar-se que es manté la confidencialitat?

- Cal evitar parlar dels usuaris individualment (es pot fer d'una manera general, com: “Els usuaris de metadona no troben l'horari fàcil”).
- Si el professional necessita consultar un altre professional sobre un usuari, cal evitar, tant com es pugui, donar informació i característiques que fàcilment l'identificaran
- Si cal parlar d'un usuari amb un altre professional i cal identificar-lo, cal assegurar-se abans que l'altre professional guardarà el secret professional
- Reflexionar sobre la informació que s'escriu sobre l'usuari: és necessari escriure aquesta informació? hi ha informació que si s'escrigués i algú la llegís causaria problemes a l'usuari?
- Assegurar-se que tota informació sobre l'usuari està guardada amb pany i clau i tenir molt clar qui té còpies de la clau.
- Tota persona que té accés a històries clíniques, que les emmagatzema i ordena o les desplaça, està formada en el tema de la confidencialitat.
- Assegurar-se que les històries clíniques són “en trànsit” al menys possible.
- No donar informació a cap familiar sobre l'usuari sense el permís de l'usuari.

## 1.8. CONCLUSIÓ

L'ésser humà és complex (l'usuari i el professional de drogodependències són els dos éssers humans). Els objectius i la metodologia de la comunicació terapèutica no són fàcils de dur a terme ja que és una comunicació que s'està duent a terme en un àmbit on hi ha sofriment físic i emocional. A això s'afegeix que molts professionals no han tingut la formació específica per dur a terme una comunicació terapèutica. Amb la llista de comparacions següent, esperem poder fer aquesta tasca una mica més fàcil.

## En la comunicació terapèutica

### ... és útil

- Donar importància a l'experiència de l'usuari en la seva addicció
- Escoltar
- Preguntar sobre les seves emocions
- Facilitar la reflexió de l'usuari
- Oferir opcions
- Reflexionar i respondre
- Facilitar que l'usuari provi opcions
- Acceptar el que pensa l'usuari
- Dialogar
- Creure l'usuari
- Esbrinar si vol informació
- Oferir informació
- Empatitzar
- Intentar entendre l'usuari
- Posar límits amb respecte
- Reforçar els seus punts forts
- Respectar l'usuari com és
- Respectar i intentar entendre els seus comportaments

### ... no és útil

- Trivialitzar l'experiència
- Parlar massa, "llançar rotllos"
- Evitar les emocions de l'usuari
- Parlar de tal manera que l'usuari es posa a la defensiva i es justifica
- Oferir opcions
- Reaccionar
- Donar "solucions"
- Intentar convèncer
- Parlar en monòleg
- No creure'l, portar-li la contrària
- Donar informació que ja té
- Repetir informació
- Rescatar
- Opinar, jutjar l'usuari
- Renyar, enfadar-se
- Criticar-lo
- Intentar canviar-lo
- Etiquetar-lo de "mal usuari"

La comunicació terapèutica és la metodologia central en una relació d'ajuda. És com el professional veu l'usuari i com el professional es veu a si mateix, com entén el que sent i pensa l'usuari i com entén el que sent i pensa ell/ella mateixa en el seu rol de professional. Tot això per poder treballar amb la totalitat de l'usuari.

## 2. PER A QUÈ?

### 2.1. ELS OBJECTIUS DEL PROFESSIONAL

Quin és l'objectiu del nostre treball amb el drogodependent? Per què esforçar-nos per tenir una comunicació eficaç amb ell?

Encara que cada usuari és diferent i cal treballar amb objectius específics (els nostres i els seus), podríem dir que l'objectiu general amb el drogodependent és ajudar-lo a elaborar els seus conflictes psíquics i relacionals perquè sofreixi menys emocionalment.

Altres objectius poden ser:

- Ajudar-lo a elaborar la seva demanda.
- Crear l'espai i la possibilitat perquè pugui desenvolupar les seves habilitats per viure més còmode amb ell mateix.
- Ajudar-lo a definir el que vol/pot fer en cada moment.
- Crear una comunicació en què pugui expressar i elaborar els seus malestars i conflictes.

En temes específicament relacionats amb la seva salut, els objectius següents poden ser útils:

- En programes de manteniment amb metadona (PMM): que l'usuari pugui utilitzar la metadona per allò que necessiti en aquell moment específic (descans de la il·legalitat, transició cap a un programa lliure de drogues o com a fi en si mateix).
- En programes de reducció de danys: ajudar-lo a definir els factors que poden (o podrien en el futur) empitjorar la seva salut i a desenvolupar estratègies per disminuir aquests riscos.
- En programes lliures de drogues: ajudar-lo a definir quin tipus de relació vol ara amb la substància, estratègies per anar provant aquest canvi i estratègies davant de les recaigudes.

## 2.2. LA DEMANDA DEL DROGODEPENDENT

El drogodependent acut a un servei per diverses raons, moltes d'elles sense aclarir o sota de les quals hi ha altres demandes. El més important és tenir en compte que la demanda inicial és només la porta d'entrada i que cal escoltar i conèixer l'usuari per poder aclarir aquestes demandes. La nostra actitud en aquesta escolta hauria de ser de veure la demanda com alguna cosa a descobrir (com un puzzle a desxifrar) i no com un fenomen previsible. Encara que la demanda inicial de l'usuari sembli directa (vol començar amb la metadona, vol una xeringa, vol una medicació, busca ajut econòmic) i s'intervingui sobre aquesta demanda al principi, la nostra actitud sense presses hauria de comunicar a l'usuari que pot plantejar qualsevol altre tema.

En la nostra escolta eficaç de l'usuari ens preguntem per què acut i per què en aquest moment. La majoria de les demandes estan generades per un malestar que ha motivat l'usuari a demanar ajuda. Aquest malestar pot ser, inicialment, no el de l'usuari sinó el d'algun familiar seu, un altre professional sanitari o un jutge. Però a través de la comunicació podem anar diferenciant la demanda de l'altre, de qui no és l'usuari, de la de l'usuari mateix: quin és el malestar de l'usuari i quins elements van trencar l'equilibri anterior, quan no demanava ajuda.

Amb el temps, i si escoltem la narrativa de l'usuari, afloraran altres demandes.

També és important crear una bona comunicació perquè l'usuari parli dels seus objectius i idees que possiblement no s'hagi plantejat sobre la seva salut, la seva vida familiar i afectiva, el seu estat psicoemocional i altres temes. Quan l'estem ajudant a aclarir els seus objectius, els temes següents són rellevants:

- quin tipus de canvi vol fer ara
- per què ara, què o qui el motiva
- esdeveniments significatius últimament
- el que vol aconseguir a curt termini, a mitjà termini i a llarg termini
- com pensa que pot fer-ho
- com veu el procés de canvi (durada, malestars, necessitats, expectatives, recursos, etc.)
- com veu el rol del professional en aquest procés
- el seu suport actual: qui té i com se li dóna suport

- idees que té per començar aquest procés
- pactes que pensa que ha de fer amb ell mateix per començar el canvi
- què veu positiu d'ell mateix
- què creu que serà difícil del que vol canviar
- allò que ja ha estat capaç de fer en la seva vida
- dificultats que ara veu en la seva vida
- què/qui el podrà ajudar amb aquestes dificultats

Si l'usuari diu que vol canviar la seva relació amb la droga, seria útil indagar sobre aquests punts:

- maneres en les quals les substàncies l'han ajudat
- la relació entre les substàncies i l'estrès en la seva vida (relaxació, estimulació, etc.)
- altres vegades que ha fet un canvi amb les substàncies: tipus de canvis, raons dels canvis, el que va aprendre d'aquestes experiències, el que pensa que pot ser igual o diferent aquesta vegada, les maneres en les quals els canvis de substàncies l'afecten físicament i psicològicament
- el que pensa i sent quan pensa a canviar la seva relació amb les substàncies
- la seva definició dels intents de canvi i "recaigudes"
- la seva idea de la vida sense consum o amb un consum diferent
- maneres en les quals ell creu que aquests canvis afectaran la seva rutina quotidiana i idees per a noves rutines
- quants intents preveu abans d'aconseguir la relació que vol amb les substàncies
- possibles idees per reforçar la seva motivació en cada intent
- com se sentirà quan consumeixi
- maneres de conuiu amb els seus malestars i necessitat de consum

### 2.3. EL QUE PODEM FER

Per apropar-nos als objectius (els nostres i els seus), primer comuniquem a l'usuari que el respectem, que ell és responsable d'ell mateix. A continuació, li oferim un procés en el qual:

- l'anem coneixent
- l'acompanyem

- fem intervencions individualitzades preguntant-nos quin impacte tindrà sobre ell tal medicació, tal informació, tal afirmació, tal interrogant
- entenem que viu situacions de risc per a la seva salut que anirem coneixent i oferint la possibilitat de disminuir-les
- comprenem en quin context, en la ment de l'usuari, se situa l'addicció (la seva utilitat i el seu significat)
- acceptem que estem treballant amb una persona dependent, fins ara dependent de la droga i que, possiblement, tendeixi a voler dependre del professional, dinàmica que anirem treballant
- creem les condicions necessàries perquè parli de la seva història, del que li ha deixat "empremtes", a la seva manera (sense conduir-lo)
- respectarem l'usuari però no el rescatarem

## 3. NOSALTRES DAVANT DEL DROGODEPENDENT

### INTRODUCCIÓ

Com veiem la persona amb una addicció, la seva dependència i els seus comportaments, determina el tipus de servei i el treball que durem a terme.

#### 3.1. DROGODEPENDÈNCIA

Què és la dependència de les drogues? La idea que tenim de què és una addicció influeix totalment en com treballem amb la persona addicta. Per això és important reflexionar sobre aquest tema.

Una addicció és una dependència, en el cas d'un drogoaddicte, d'una substància amb un ús repetitiu i compulsiu, per intentar obtenir la satisfacció immediata d'alleugerir malestars psicoemocionals. La tendència a ser dependent ja existia abans que la persona comencés a utilitzar la substància<sup>1</sup>.

L'ésser humà tendeix a ser dependent<sup>2</sup> però en el drogoaddicte la seva conducta addictiva és un cas extrem i patològic de la dependència. La forta compulsió del drogoaddicte, aquest impuls que no pot controlar, evidencia que la seva dependència és un problema seriós.

El drogodependent ja era dependent abans de la droga per diverses possibles raons: problemes en el procés d'estructuració de la persona, conflictes en l'àmbit familiar i les dificultats subsegüents en l'adolescència.

Per això, en el nostre treball amb el drogodependent, l'important és la persona i no la substància. I quan el drogodependent parla de la substància, l'important a escoltar no és la quantitat que consumeix si no la qualitat de la seva relació amb la droga, el lloc que té la droga en la seva vida (per a què utilitza la substància? com la veu? quins conflictes interns intenta tranquil·litzar? quin dolor intern psicoemocional?).

#### 3.2. EL DROGOADDICTE

En la societat, el drogoaddicte és vist, de vegades, com un viciós, un marginal

o algú que “s’ha buscat la seva situació”. Com ho veiem nosaltres? Reflexionar sobre aquesta pregunta ens ajudarà a enfocar el nostre treball.

El drogodependent és una persona que ha viscut amb un nivell alt de conflictitat, primer en la seva família d’origen, i després en la societat. Aquesta conflictitat era aparent o, en molts casos, encoberta.

Anímicament, tendeix al desànim i a la depressió i, en la majoria dels casos, ha viscut dificultats importants en l’adolescència.

Com cal veure el drogoaddicte? El nostre rol és intentar entendre sense opinar.

### 3.3. COM ENS VEU EL DROGODEPENDENT?

Encara que, per la seva tendència a la dependència, el drogodependent projecti en nosaltres imatges d’altres persones significatives del seu passat, volem, per a l’eficàcia del nostre treball, crear un ambient en el qual l’usuari noti que som professionals competents, que el respectem però que no el rescatem.

És important observar com treballem i com pensem quan treballem per assegurar-nos que el respecte que tenim a l’usuari és real i que ell ho pugui percebre.

### 3.4. ELS COMPORTEMENTS DEL DROGODEPENDENT I LA COMUNICACIÓ

Un dels problemes principals, innecessaris, que els professionals de drogo-dependències es creen per a ells mateixos, és despistar-se i confondre’s davant dels comportaments de l’usuari.

Els usuaris, davant de la seva addicció, tractaments, problemes de salut, empitjorament o un altre repte, expressen els seus malestars per comportaments que no sempre són, des d’un punt de vista de la comunicació social, agradables. Per reduir les dificultats que els comportaments de l’usuari plantegen, és important que el professional reflexioni sobre el perquè d’aquests comportaments i també sobre com intervenir de la manera més terapèutica i eficaç.

Els comportaments de l’usuari són la seva manera d’expressar el seu mal-estar. No són un atac al professional. L’usuari té una addicció, un problema complex de salut física i mental i ha d’expressar el seu malestar. No tindria sentit pensar que un usuari en tractament pugui viure les seves dificultats amb



bon humor i tranquil·litat. El pacient necessita poder expressar el seu malestar i el professional necessita veure com n'està d'incòmode l'usuari.

Els comportaments de l'usuari són una expressió del malestar amb les seves dificultats físiques, emocionals i socials. Si no pot expressar el seu malestar en un servei de drogodependències, on ho pot fer?

Hi ha professionals que intenten que l'usuari canviï els seus comportaments. L'usuari no ha acudit al servei de drogodependències perquè li canviïn els seus comportaments sinó per problemes més complexos. Els professionals som experts en salut física i mental, no en com s'ha de comportar l'ésser humà. Els professionals que utilitzen el seu temps per criticar o opinar sobre els comportaments de l'usuari no estan actuant d'una manera professional, estan perdent el temps, estan creant un conflicte innecessari i estan dificultant la relació terapèutica. Per la seva psicopatologia pròpia, recorregut i condicions socials, el drogodependent, de vegades, té comportaments que poden confondre el professional i fer més difícil mantenir una actitud terapèutica. Les raons per les quals el drogodependent té aquests comportaments són complexes i, encara que no volem simplificar un tema tan difícil, intentarem oferir algunes propostes.

Per reduir les dificultats que els comportaments de l'usuari plantegen, és important que el professional reflexioni sobre el perquè d'aquests comportaments i també sobre com intervenir de la manera més terapèutica i eficaç.

#### DAVANT DELS COMPORTAMENTS DE L'USUARI

Davant de comportaments de l'usuari que al professional no li agraden, és important pensar:

- “Estic treballant”.
- “És la seva manera d'expressar el seu malestar”.
- “Alguna cosa li passa”.
- “No es troba bé i té dret a expressar aquest malestar”.
- “L'usuari no ha vingut aquí perquè li canviïn els seus comportaments ni perquè els hi critiquin”.

#### Agressivitat

L'agressivitat es manifesta per diverses raons. Pot ser una reacció a les injustí-

cies o manques que el drogodependent viu ara i a les que va viure en la infantesa. També és una defensa molt eficaç, ja que mentre l'usuari està enfadat i intentant crear un conflicte amb el professional, no es deixa espai per sentir i compartir les altres emocions com la pena o la por.

Què cal fer? El més important, en veure l'agressivitat de l'usuari, és que el professional pensi d'una manera terapèutica i no social. Això vol dir: no prendre personalment el que diu, veure que sota de la ràbia hi ha por i que l'usuari s'està intentant defensar i veure la seva agressivitat com l'única manera en la qual el drogodependent pot expressar-se en aquell moment. És important mantenir la calma i el rol professional.

### “Queixes”

Els professionals tendeixen a posar-se nerviosos i de mal humor quan l'usuari es queixa, ja que el professional veu la queixa com un atac personal, com una crítica. En realitat, les queixes són informació necessària per al professional per poder ajudar millor l'usuari.

Si l'usuari es queixa per una cosa que el professional considera insignificant i el professional respon a la queixa amb mal humor o un retret (“No n’hi ha per a tant”), l'usuari veurà que no pot confiar en el professional per a queixes més importants. Si se li retreu que es queixa de la demora a la cua de la metadona, com compartirà la seva queixa més gran sobre l'ansietat que li genera la seva situació?

És molt important que el professional s'observi a si mateix i si veu que ha etiquetat l'usuari de “pesat” (en els seus pensaments o quan parla de l'usuari amb altres professionals), ha d'adonar-se que està pensant d'una manera social i no terapèutica i que està complicant la relació d'ajuda.

### QUÈ CAL FER QUAN UN USUARI ES QUEIXA?

- Escoltar-lo amb empatia.
- Recordar que estem treballant.
- Recordar que no és una atac personal.
- Verificar si és raonable fer alguna cosa per millorar la situació.
- Recordar que es troba malament.
- Dir-li: “Gràcies per dir-me això, ara potser el puc ajudar millor”.
- Dir-li que ens pot explicar tot tipus de queixes, petites o grans.

### “Mala educació”

En la comunicació social hi ha unes normes culturals sobre què és “bona educació” i “mala educació”. Aquestes normes no són rellevants en la comunicació terapèutica ja que els comportaments de l’usuari els veiem com una expressió necessària del seu malestar.

Quan un té una addicció i altres problemes és molt difícil comportar-se d’una manera tranquil·la i respectuosa. El malestar, la incertesa i la por, que són part de la vida del drogodependent, fan que aquest s’expressi de maneres que, de vegades, podrien ser considerades culturalment com a “mala educació”.

Quan això passa, el professional no se centra en com s’expressa l’usuari, sinó en el malestar que hi ha sota dels seus comportaments i s’interessa per aquests malestans mostrant empatia.

**El professional no retreu a l’usuari els seus comportaments.**

### Indiferència

La indiferència que mostra l’usuari, no és en realitat això. És una defensa. Ja ha viscut molt, ha sobreviscut molt, molta gent l’ha intentat canviar i n’està fart. Sí que li importa el que viu. Sí que li preocupa la seva situació.

Què cal fer? Oferir a l’usuari la possibilitat de parlar del que sent, de què està fart, del que viu i mostrar-li empatia i respecte.

### Falta de confiança

Per molt bones habilitats de comunicació terapèutica que tingui el professional, és normal trobar usuaris que semblen no confiar en el professional. Això és a causa de qüestions complexes relacionades amb els orígens de l’addicció i amb el fet que la majoria dels usuaris han tingut ja males experiències amb la societat i fins i tot amb professionals.

Quan un professional nota que l’usuari no confia en ell, es pot fer la següent intervenció: “Digui’m si hi ha alguna cosa que podria fer perquè estigués més còmode” o “Si hi ha alguna cosa que li molesta, si us plau, digui-m’ho”.

### Manipulació/mentir

Hi ha dues raons principals per les quals el drogodependent manipula o men-

teix. En els seus orígens, és el comportament que segurament va utilitzar per intentar aconseguir afecte (estratègia que possiblement no li va donar gaire bons resultats). Una altra raó és que el drogodependent, per la seva addicció a substàncies il·legals, ha hagut de dur a terme una vida en la marginalitat, en la qual ha desenvolupat trucs i estratègies per sobreviure al marge de la llei.

Què cal fer? És important continuar treballant amb l'usuari intentant no confrontar-lo amb la seva mentida ni tampoc fer com si ens la creguéssim. La millor estratègia és deixar de costat el tema sobre el qual està manipulant i indagar sobre el que hi ha a sota d'això.

### Empènyer els límits

Atrevir-se és part de la psicopatologia del drogodependent amb arrels en la seva estructuració en la seva família d'origen. En empènyer els límits, l'usuari, en realitat, està buscant els límits, la seguretat.

Què cal fer? Una vegada l'usuari té la informació sobre els límits, no és bona idea repetir-la ni discutir sobre ella. Els límits, si són raonables, són allà per alguna raó que l'usuari ja sap. Se li mostra empatia amb el seu desig que aquests límits no existissin però es mantenen sense discutir ni repetir.

## 4. L'ART D'EMPATITZAR

### 4.1. L'EMPATIA, UNA EINA

L'empatia és l'eina principal en la comunicació terapèutica, gràcies a la qual aquesta augmenta en eficàcia. És una actitud necessària que es nota a la cara i en les paraules del professional i que comunica al drogodependent que la seva situació i les seves preocupacions ens importen.

Amb l'empatia, el professional mostra que té una actitud de voler entendre el que sent l'usuari i que s'és, en cada moment, sensible al contingut emocional d'allò que està comunicant l'usuari <sup>1</sup>.

A més de ser la clau que obre la porta de la comunicació terapèutica, l'empatia crea un ambient segur i ajuda que l'usuari senti confiança en el professional. Comunicar al drogodependent que acceptem les seves emocions i la seva situació, l'anima a parlar de la seva realitat.

Quan el drogodependent nota que intentem comprendre el que sent, sense jutjar-lo, sense dir-li que hauria de sentir i pensar d'una altra manera, notarà una agradable sensació d'acceptació i alleujament. Alhora, sentirà que l'estem acompanyant i que estem "amb ell" i no contra ell. Tot usuari es beneficia de l'empatia, però com més preocupat, enutjat o trist està, més l'ajuda.

#### BENEFICIS DE L'EMPATIA

##### **Per al drogodependent:**

- se sent més còmode
- se sent comprès
- nota que pot expressar les seves emocions i conviure-hi millor
- l'ajuda a confiar
- augmenta la seva autoestima
- l'ajuda a entendre's millor
- se sent més acceptat

##### **Per al professional:**

- reforça la seva identitat dins de la comunicació terapèutica

- crea confiança en la relació terapèutica
- millora la comunicació
- augmenta l'eficàcia del treball de prevenció
- ajuda que l'usuari parli d'una manera més honesta i es pot avançar millor en el treball amb ell
- ajuda a comprendre millor l'usuari
- crea més satisfacció amb la manera de treballar
- ajuda a estar centrat en l'usuari
- redueix les possibles tensions en la relació amb el pacient
- augmenta la sensació de ser “humà”

#### 4.2. COM EMPATITZAR

L'empatia es nota en l'actitud del professional: a la seva cara i en les seves paraules. Perquè això passi, ens ha d'importar l'usuari que tenim davant. Possiblement en una situació social, aquesta persona no ens importi tant però, quan estem en una relació d'ajuda, és part del nostre treball que ens importi el drogodependent. Si no aconseguim que ens interessin els seus malestars i realitat, possiblement no estiguem en la professió adequada.

Quan responem verbalment a l'usuari amb empatia sobre la seva situació, és important reflectir la manera en la qual l'usuari ha parlat sense minimitzar ni exagerar. Això no vol dir repetir paraula per paraula el que acaba de dir. En les nostres paraules pròpies li indiquem el que hem entès, quant i com el molesta la situació que ens acaba d'explicar.

Per mostrar empatia també cal manifestar ganes d'entendre l'usuari. Això és part de la nostra feina. De vegades, pot ser útil intentar imaginar-se el que està vivint i sentint la persona que tenim davant.

#### EXEMPLES D'EMPATIA

Encara que l'empatia és una actitud que sobretot es nota a la cara del professional, també és important mostrar-la amb paraules. De vegades, en la comunicació social, hi ha persones que opinen que això no és compatible amb la comunicació terapèutica ja que impedeix l'empatia. El més important, perquè l'empatia es mostri en les paraules del professional, és comunicar a l'usuari que hem sentit el que sent.

### Exemple 1

**Drogodependent:** “És molt d’esforç per a mi haver de venir aquí a buscar xeringues noves”.

**No és empatia dir:**

**Professional:** “Sí, però ja saps que has de fer-ho.”

El que l’usuari necessita no és que li repeteixin el que ja sap, sinó que algú mostri que entén les dificultats que viu. Després de mostrar-li empatia, es pot verificar si desitja ajuda amb aquestes dificultats.

**És empatia dir:**

**Professional:** “Entenc que és un gran esforç per a tu; no ha de ser fàcil. Com creus que jo et puc ajudar?”

El professional reflecteix el que sent l’usuari (que és molt esforç anar a buscar les xeringues), per mostrar-li que l’ha sentit i entès. També li ofereix ajuda.

### Exemple 2

**Drogodependent:** “Estic fart de tot! “

**No és empatia dir:**

**Professional:** “No t’hauries d’enfadar.”

Aquesta frase li diu a l’usuari que no acceptem el que sent, que s’hauria de sentir d’una altra manera. No hi ha forma “correcta” de viure i sentir-se quan un té un problema. Cada persona el viu com pot. En aquest exemple, l’usuari se sentirà recriminat i això li impedirà voler compartir el seu malestar amb el professional.

**És empatia dir:**

**Professional:** “Sento que hagi de viure aquesta situació. És normal sentir-se enutjat. Explica’m què és “tot” per a tu.

### Exemple 3

**Drogodependent seropositiu del VIH:** “No estic millorant. No sé on acabarà això.”

**No és empatia dir:**

**Professional:** “Animat, un altre dia no ho veuràs tan malament.”

En aquesta frase, el professional està minimitzant el que sent l'usuari i també està opinant. Li està comunicant a l'usuari que no hauria de veure la seva situació com la veu i que hauria de canviar la seva reacció emocional.

**És empatia dir:**

**Professional:** “Sí, veig que t'inquieta. Explica'm...”

El professional comunica a l'usuari que sent la seva inquietud i el convida a parlar més del que sent.

### Exemple 4

**Drogodependent:** “Estic nerviós pels resultats de la prova que m'han fet de l'hepatitis.”

**No és empatia dir:**

**Professional:** “No n'hi ha per a tant, no et preocupis. És una prova rutinària.”

En aquesta frase, el professional minimitza el que sent l'usuari i li comunica que està exagerant. La prova és rutinària per al professional però no per a l'usuari.

**És empatia dir:**

**Professional:** “Sí, veig que estàs preocupat. Com et puc ajudar?”

El professional diu a l'usuari que ha sentit i ha entès el seu sentiment i mostra que li importa per mitjà d'una pregunta en la qual ofereix ajuda.



### Exemple 5

**Drogo dependent:** “Avui estic pitjor que la setmana passada. Em sento molt accelerat.”

**No és empatia dir:**

**Professional:** “Bé, hi ha dies pitjors i dies millors.”

En aquest exemple, el professional trivialitza i dona la seva opinió. La seva frase és una generalització i no es dirigeix a la realitat d'aquest usuari en particular. L'usuari no sent que se l'està escoltant com a un individu.

**És empatia dir:**

**Professional:** “Ho sento. Què vols dir amb ‘pitjor’?”

El professional mostra que l'usuari li importa i que s'adona del que l'usuari sent.

### Exemple 6

**Dona drogo dependent:** “Li he dit a la meva parella que es posi un preservatiu però no em dno em fa cas”.

**No és empatia dir:**

**Professional:** “Sí, però ja saps que és molt important utilitzar-lo.”

En aquest exemple el professional no mostra comprensió i diu a la usuària una cosa òbvia que ja sap (i que li farà sentir que la veiem com a poc intel·ligent).

**És empatia dir:**

**Professional:** “Sí, no és tan fàcil parlar d'això en parella. Vols que parlem d'estratègies per parlar-ne amb la teva parella?”

## 4.3. QUAN ÉS DIFÍCIL MOSTRAR EMPATIA

Pot passar que, davant de certs comportaments de l'usuari, al professional li

costi mostrar empatia. Això passa quan pensem com si estiguéssim en una situació social en comptes d'en una de terapèutica.

### Exemple:

Drogodependent (entra a la consulta amb cara d'estar enutjat): “Vosaltres no em solucioneu res!”

**Professional** (pensa: “Una altra vegada aquesta pesada... joestic treballant tot el dia i ve i em culpa a mi”).

Aquests pensaments jutgen i impedeixen que el professional mostri empatia. En canvi, si interpretem el comportament del pacient des del nostre rol terapèutic, l'empatia sorgirà més fàcilment.

**Professional** (pensa: “Bé, això no és agradable, però estic treballant. L'usuari òbviament està molt incòmode per alguna cosa. A veure si puc esbrinar què li passa): “Veig que estàs enutjat. Explica'm, què passa?”

Hi ha professionals de drogodependències que opinen que si el pacient no és agradable i respectuós amb nosaltres, no li hauríem de mostrar empatia perquè no se la “mereix”. Això és un pensament de la comunicació social i no de la terapèutica. Quan estem treballant, la nostra eina principal és l'empatia. No té mèrit només mostrar empatia a usuaris amb qui la comunicació és fàcil des del principi. Un professional treballa amb tots els usuaris que li toquen, sense excloure.

Com a professionals de drogodependències, és crucial que observem els nostres pensaments i emocions per ser més eficaços mostrant empatia. És útil admetre'ns a nosaltres mateixos el que sentim per poder intentar reavaluar els nostres pensaments.

### REPENSAR PER MOSTRAR EMPATIA

Davant d'un pacient amb un comportament que trobem desagradable (mal humor, “falta de respecte”):

**No ajuda pensar:**

“És un mal educat”, “Doncs si ve d’aquesta manera, jo no el puc ajudar”, o “Si no fa un esforç per comunicar-se millor, jo tampoc no el faré”.

**Per poder mostrar empatia, es podria intentar pensar:**

“Està incòmode”, “s’expressa com pot, com ha après”, “Alguna cosa li passa” i “estic treballant”.

Davant d’un usuari que mostra desconfiança cap al professional de drogodependències:

**No ajuda pensar:**

“Doncs si no mostra confiança, jo no el puc ajudar” o “Jo no li he fet res”.

**Per poder mostrar empatia, el professional podria intentar pensar:**

“Per alguna cosa serà que no se sent còmode”, “Puc intentar esbrinar com se sent”, “Potser puc fer alguna cosa perquè senti més confiança”.

Davant d’un usuari que mostra passivitat o falta d’interès:

**Serà difícil que el professional de drogodependències mostri empatia si pensa:**

“Si ell no s’hi interessa, per què m’hi d’esforçar, jo? “Ell ha de fer tots els possibles”, “No m’esforçaré amb algú així quan tinc tants altres usuaris per atendre”.

**Per mostrar empatia, el professional podria pensar:**

“Per alguna raó no sembla molt interessat; serà qüestió de preguntar-li-ho”, “Potser el preocupa una altra cosa”, “Si esbrino el que sent, potser el puc ajudar”.

Davant d'un usuari que no du a terme les recomanacions que li han fet per a la seva salut (injecció higiènica, sexe més segur):

**No facilita l'empatia pensar:**

“No es vol responsabilitzar de la seva salut”, “És una persona irresponsable”, “Si no fa el que li diem, no el puc ajudar”.

**Per mostrar empatia, el professional podria pensar:**

“Si no ho fa, puc esbrinar-ne la raó”, “Potser en aquest moment en la seva vida no pot cuidar-se”, “Possiblement, la seva tendència autodestructiva interfereixi amb el que se li proposa”, “Esbrinaré què opina de les recomanacions que se li han fet”, “Verificaré com veu el seu problema de salut”, “No és fàcil fer canvis”, “Potser el puc ajudar amb les seves dificultats”, “És possible que el seu malestar emocional sigui més important que la seva necessitat de cuidar la seva salut”.

#### 4.4. EL TEMPS

En el treball en drogodependències, sovint, no tenim el temps que desitjaríem amb cada usuari però, per mostrar empatia, no es necessita temps ja que és, sobretot, una actitud, una mirada. L'usuari que rep una mirada amb empatia se sent millor, no solament quan el professional l'està atenent, sinó també durant molt temps després.

Dos segons de mirar amb empatia són més útils per a l'usuari i per a la comunicació terapèutica que cinc minuts de conversa en què el pacient nota indiferència per part nostra.

#### 4.5. LA DISTÀNCIA TERAPÈUTICA

Els professionals de drogodependències de vegades tenim la sensació que som massa “lluny” (que no connectem) de l'usuari o que som massa “a prop” (que ens preocupem excessivament per l'usuari). Això és normal. Quan es treballa ajudant altres éssers humans, no és fàcil trobar la distància i la manera de ser adequada.

### MASSA “LLUNY”

Pot passar que per, la nostra formació i experiència limitades o perquè confonem la comunicació social amb la comunicació terapèutica, tinguem una reacció negativa cap a algun usuari i ens costi mostrar-li empatia. L'usuari ho notarà i es perjudicarà la comunicació.

Per millorar aquesta situació, el professional pot practicar l'autoobservació: quan nota que no li “agrada” el pacient que té davant, ho reconeix, es recorda que està treballant en una relació terapèutica i es concentra a buscar maneres de mostrar-li empatia.

### MASSA “A PROP”

També pot passar que, amb certs usuaris en particular, el professional es preocupi excessivament, fins i tot passant molt del seu temps lliure inquietant-se per aquests usuaris. Popularment, hi ha la idea que un bon professional és el que es preocupa molt pels usuaris. Aquesta és una idea errònia, ja que l'usuari nota la intensa preocupació del professional i l'aclapara. L'usuari ja té suficients reptes amb la seva situació i no l'ajuda el malestar emocional del professional.

Per evitar això, hi ha professionals que creuen que cal evitar “implicar-se”. Però, en realitat, cal implicar-se per ser eficaç. Sí, hem d'implicar-nos i interessar-nos pels usuaris, però sense ser una càrrega per a ells, evitant fer de “papà” o “mamà”, acceptant que, encara que podem ajudar-los i donar-los suport, no podem rescatar-los del seu sofriment.

És important que, a través d'una supervisió adequada, el professional pugui indagar en les raons per les quals està tenint aquest rol amb aquest usuari en particular. Quines qüestions es mobilitzen en el professional davant d'aquest usuari? Si tenim tantes ganes de “rescatar”, estem compensant per les nostres mancances?

Per impedir que el professional sigui massa “a prop” o “lluny” de l'usuari, cal una supervisió eficaç per entendre com som amb els usuaris i poder desenvolupar una mirada i metodologia que **respecta però no rescata**.

## 5. L'ESCOLTA

### 5.1. LA IMPORTÀNCIA DE L'ESCOLTA

L'escolta. La paraula. La història del drogodependent, com la relata, com la veu. Com i què escolta el professional. El que demana l'usuari i el que no demana encara. Com l'usuari veu el professional de drogodependències, com veu la seva addicció, com veu la seva salut i els riscos que pren amb ella, cap a on creu que va el seu camí, cap a on vol anar.

Per treballar amb l'usuari drogodependent, l'escolta és una eina principal gràcies a la qual el professional pot dur a terme tasques terapèutiques, de prevenció o d'educació.

### 5.2. NO ÉS FÀCIL ESCOLTAR

Els usuaris es queixen que els professionals no escolten<sup>1</sup>. No és fàcil escoltar. En la nostra cultura no tenim dificultats per parlar, però ens és molt més difícil escoltar.

L'exemple que tenim de com treballa un professional sanitari és que el professional parla al pacient i no es parla amb el pacient ni se l'escolta. Es pensa que la feina del professional és dir al pacient el que ha de fer. Aquesta manera de treballar ja no és vàlida per al segle XXI.

Hi ha molts professionals que encara pensen que escoltar no serveix per a res, a part de recollir informació, que escoltant “no se soluciona res”.

Des dels anys vuitanta, a les universitats del Canadà i els Estats Units, hi ha programes específics de formació sobre la comunicació terapèutica, la narrativa i l'escolta per a estudiants de medicina, infermeria i treball social, per fomentar la comprensió de què és l'escolta i per desenvolupar aquestes habilitats en els futurs professionals.

Una altra raó per la qual l'escolta no és aquí, encara, al centre del treball del professional sanitari, és que en escoltar, un nota el que sent l'usuari. Això, per a professionals que no estan familiaritzats amb el tema de les emocions, és un problema.

També es diu que “no hi ha temps” per escoltar. Aquest tema serà tractat més endavant en aquest capítol.

Però sobretot en aquest capítol s'intentarà mostrar que escoltar és el centre del nostre treball, que allò que diu l'usuari i com ho diu és el material més útil per a una comunicació terapèutica.

### 5.3. PER A QUÈ SERVEIX ESCOLTAR?

Escoltar l'usuari serveix per obtenir informació sobre ell, però és molt més que això.

Que l'usuari escolti el professional serveix perquè l'usuari rebi informació que ell vol obtenir, però és molt més que això.

Escoltar el que l'usuari ha d'explicar és el centre de la comunicació terapèutica, és crear una metodologia i un ambient en el qual l'usuari i el professional poden treballar amb l'experiència de l'usuari, de la seva realitat i així ajudar-lo a fer-la una mica menys difícil.<sup>2</sup>

Per a l'usuari, els beneficis més obvis de ser escoltat amb receptivitat, respecte i empatia per un professional són:

- l'establiment d'una relació de confiança i respecte
- el professional coneix millor l'usuari
- l'usuari es desfoga i se sent menys sol amb la seva situació
- l'usuari pot elaborar les seves emocions en sentir-les i conèixer-les
- el professional coneix com és l'experiència del pacient, de la seva realitat
- el professional coneix les opinions de l'usuari sobre els tractaments i els problemes que comporten.

Però el més important d'escoltar l'usuari d'una manera receptiva és que ell pugui començar a parlar de la seva experiència, de la seva realitat, la seva “narrativa”, i així crear el material més important sobre el qual treballaran el professional i l'usuari.<sup>3</sup>

Per elaborar les intervencions més rellevants per a un usuari, per entendre com viu la seva addicció i altres reptes, per poder ajudar-lo a adaptar-se a la seva situació i aconseguir la millor qualitat de vida atesa la seva realitat, la clau està en allò que diu l'usuari i com ho diu. A través de la seva narrati-

va, l'usuari, en sentir-se a si mateix, començarà a entendre com veu els seus problemes, com viu la seva situació, com influeix la seva addicció en la seva vida i la vida de la seva família i, així, a poc a poc, començarà el seu procés d'adaptació i canvi a les realitats noves que se li presenten.

Cal que l'usuari pugui parlar de la seva realitat, una i altra vegada, i ser escoltat, per tal que pugui anar, amb l'ajuda del professional, desfent aquest cabdell que és la seva experiència i així adaptar-se a la persona que és ara, diferent de la que era abans de plantejar-se un canvi.<sup>4</sup> Parlar és sortir d'un mateix i ser testimoni de la seva experiència. Des d'aquesta distància, l'usuari pot començar a trobar un nou sentit i imaginar noves possibilitats en la seva vida.<sup>5</sup>

Per al professional, escoltar l'usuari li obrirà la porta per entrar en la seva narrativa i poder treballar millor amb la seva realitat, perquè el que diu l'usuari conté les pistes per desenvolupar les intervencions més rellevants.<sup>6</sup> La manera en la qual el professional escolta i intervé, que veurem més endavant en aquest capítol, ajudarà l'usuari a redefinir la seva realitat i, possiblement, a buscar altres maneres de viure-la. També escoltar el sofriment de l'usuari pot ajudar el professional a ser més humà i més autèntic.<sup>7</sup>

#### 5.4. DE QUI ÉS RESPONSABILITAT?

En la comunicació social, la qualitat de la comunicació és responsabilitat de les dues persones que estan en conversa. En la comunicació terapèutica la responsabilitat per la qualitat de l'escolta és del professional, ja que l'escolta terapèutica és una metodologia de treball. En la comunicació terapèutica, el professional parla poc i escolta molt. Però la seva escolta no és passiva, sinó receptiva: utilitza les seves habilitats d'observació, pensa en el que diu l'usuari, intenta entendre, veu el fil conductor de la seva història i els esdeveniments d'importància per a l'usuari.

#### 5.5. EL QUE S'ESCOLTA

Normalment, el professional demana a l'usuari que parli de la seva addicció (substàncies, freqüència, quantitat, tractaments) però no de la seva experiència de l'addicció. L'experiència de l'addicció és quin rol veu l'usuari que



L'addicció té en la seva vida, com la viu, com influeix en la seva vida i en la de la seva família, quins són els esdeveniments significatius relacionats amb l'addicció, com creu que ha evolucionat la seva situació i malestars, i quina ha estat la seva experiència amb els tractaments i les cures. En fi, és la narrativa de l'usuari i conté el material més important per al professional.

Saber l'impacte emocional que té per a l'usuari el que ha viscut, serà útil per al professional per entendre per què, per a què i com intervenir amb l'usuari.

Els usuaris no parlen lliurement dels seus malestars i les seves addiccions. Saben, per experiència, que el professional vol certa informació i que sovint es demana a través de qüestionaris o protocols informatitzats. Però fer un qüestionari guiat no és el que més ajudarà el professional perquè no produirà la informació que realment importa a l'usuari.

Per exemple, si el professional creu que un usuari de metadona està consumint altres substàncies, necessita saber els factors que estan influint en això. Si es fan a l'usuari preguntes estandarditzades, no s'arribarà a la verdadera història. Però si el professional anima l'usuari a parlar lliurement, és possible que es pugui entendre més aquesta situació.

### **Preguntes obertes i neutres com:**

- Com afecta a la teva vida consumir ara metadona?
- Com veus això de la metadona?
- Què opines de les recomanacions que se'n fan?

### **poden fer que l'usuari, en la seva narrativa, expliqui que:**

- la metadona el deixa mig adormit
- que si no és al món de la droga il·legal, no té activitat fixa
- que troba a faltar els seus col·legues
- que no sap què farà amb la seva vida ni qui serà si no està en l'àmbit de la droga.

Aquí la narrativa de l'usuari dona informació important al professional. Però a l'usuari també, perquè a mesura que se sent parlar, possiblement senti i defineixi millor les preocupacions que té davant de la seva nova vida i canvis.

El professional escolta per entendre millor però també i, sobretot, escolta perquè l'usuari se senti a si mateix i s'entengui millor. A més, que l'usuari se senti a mesura que pugui anar explicant la seva història una i altra vegada, podrà, a poc a poc, fer-li veure la seva nova realitat i començar a incorporar-la per poder adaptar-se al que ha canviat. En ser escoltat amb empatia, l'usuari podrà parlar i, lentament, trobarà una coherència en el seu sofriment.<sup>8</sup>

La narrativa de l'usuari, el que explica, és també el pont entre el seu cos i la societat, entre el que li ha passat a la seva vida i la gent del seu entorn (incloent el professional). A través d'explicar la seva història, l'usuari connecta amb els altres en intentar que els altres entenguin la seva realitat.

## 5.6. PER ESCOLTAR

El professional no necessàriament ha estat format en l'art d'escoltar. Per això, un es pot sentir incòmode amb aquest tema, però és una qüestió de reflexionar i practicar.

El primer a pensar és que el professional escolta des d'un rol de **testimoni empàtic**. L'usuari necessita que algú (i el professional és la persona més adequada) sigui testimoni de la seva realitat, s'adoni del que està vivint i que ho faci amb empatia. Aquesta presència del professional que escolta amb una actitud d'acompanyament ajudarà l'usuari a poder construir la seva història, a poder parlar de la seva realitat i veure la seva vida d'una manera nova.

El professional necessita **deixar el control** de la conversa, no guiar-la, sinó escoltar on la porta l'usuari. Si el professional intenta dirigir la comunicació, no arribarà a saber el que realment està passant amb l'usuari.

Però l'escolta del professional no és passiva. El professional està, com un antropòleg, observant i endinsant-se en l'experiència de l'usuari, escoltant, observant, intentant entendre el que significa per a l'usuari allò que ha viscut i, després, en diàleg amb l'usuari, l'ajudarà a definir les dificultats que se li presenten en el procés de la seva experiència perquè l'usuari pugui qüestionar-les i possiblement redefinir-les i canviar-les.

El rol del professional en l'escolta de l'usuari no és un de voyeurisme, sinó que consisteix a ajudar l'usuari a sentir-se a si mateix, a identificar les dificultats, a nomenar i expressar les seves emocions, a començar a fer les paus amb

la seva nova realitat i a poder comunicar-se millor amb els altres sobre la seva experiència.

### COM CAL ESCOLTAR? ALGUNES IDEES

No cal escoltar la història de l'usuari d'una tirada. És millor anar escoltant una mica cada vegada que es veu l'usuari. Així el professional pot integrar l'escolta en el seu horari i l'usuari té temps, entre cada miniconversa, per pensar i elaborar el que ha començat a sentir de si mateix.

### RECORDAR QUE, QUAN S'ESCOLTA, ÉS IMPORTANT FER-HO:

- creient l'usuari
- mirant-lo a la cara, assentint
- afirmant la seva experiència
- respectant la seva veritat
- mostrant empatia (comunicant-li que la seva situació ens importa)
- mantenint la tranquil·litat (les presses no augmenten el temps)
- recordant que cinc minuts d'escolta empàtica i tranquil·la són la millor ajuda
- recordant que és molt més important que l'usuari se senti escoltat, sigui escoltat i se senti a si mateix parlar
- recordant que l'escolta és l'element més IMPORTANT perquè l'usuari s'adapti als seus canvis, el seu compliment dels tractaments i al seu benestar emocional
- assegurant a l'usuari que es mantindrà la confidencialitat
- amb atenció
- amb ganes
- amb una mirada que respecta però no rescata
- sense interrompre
- sense jutjar ni opinar
- assegut (encara que siguin dos minuts), recolzant l'esquena en el respall de la cadira
- sense escriure mentre escoltes (no miris la pantalla de l'ordinador, mira l'usuari, la seva cara)

- sense estar jugant amb el bolígraf
- parlant amb brevetat, parla des del rol terapèutic, fent preguntes neutres i obertes i assegurant-se que les intervencions mostren empatia i respecte
- recordant que el rol del professional no és solucionar, resoldre, “fer veure”, insistir, sinó acompanyar

#### PREGUNTES QUE POT FER-SE EL PROFESSIONAL MENTRE ESCOLTA L'USUARI:

- què diu l'usuari?
- com ho diu?
- per què crec jo que ho diu ara?
- quines portes obre el que diu?
- quins temes, paraules, incidents o persones es repeteixen en la seva narrativa?
- què sembla sentir quan parla de cada cosa?
- què és important per a ell ara?
- què el molesta ara?
- què hi ha de significatiu i de simbòlic en el que diu?

### 5.7. SILENCI

Hi ha molta comunicació en el silenci. Encara que en la nostra cultura no estem còmodes amb el silenci, és una part important de la comunicació terapèutica.

El silenci no és un buit, és un senyal que la persona s'està prenent temps per pensar i interpretar el que s'ha anat dient i que les emocions i el sofriment necessiten espai i tranquil·litat per poder moure's, sentir-se, transformar-se.

El temps sense paraules és un temps real, sense fingir que, sovint, es du a terme amb les paraules amb què s'omple l'espai.

#### Un exemple:

A un usuari que fa uns dies va rebre un diagnòstic del VIH, el professional li pregunta: “Com està?”.

### Resposta 1:

“Bé, no em puc queixar”...i continua parlant de coses superficials.

### Resposta 2: silenci

Com et sents escoltant cada una de les dues respostes? En quina resposta notes més càrrega emocional?

El silenci, en la comunicació terapèutica, serveix:

- per ajudar el professional a captar les emocions de l'usuari
- per deixar l'usuari que marqui el seu ritme en la conversa
- perquè l'usuari no se senti aclaparat
- per donar al professional temps per reflexionar sobre el que veu i com intervenir-hi

Per tenir en compte el silenci en la comunicació terapèutica, és important, primer, que el professional identifiqui el seu propi grau d'intolerància al silenci. Una vegada feta aquesta reflexió, el professional pot anar provant que, després de cada frase que diu l'usuari, hi hagi uns segons de silenci. És en aquest espai de silenci, després de les paraules, que sorgeixen les emocions. Si l'usuari no està còmode amb el silenci, ell mateix l'omplirà. No és el rol del professional omplir el silenci ja que el silenci després de cada frase és part de la frase i és de qui acaba de parlar. No és correcte interrompre el silenci de l'usuari.

### Exemple 1:

L'usuari diu: “Viure amb tots aquests problemes és molt difícil” i quan acaba la frase el professional diu: “Sí, ja, entenc...” i continua parlant.

### Exemple 2:

L'usuari diu: “Viure amb tots aquests problemes és molt difícil” (silenci i el professional no interromp el silenci).

En quin dels dos exemples notes millor les emocions de l'usuari?

## 5.8. COM VEURE EL TEMPS

En els serveis de drogodependències es creu, erròniament, que per escoltar cal tenir temps. Per escoltar el que és imprescindible és tenir ganes.

En general el més eficaç són petites estones d'escolta. Però l'important en aquests 5, 10 o 20 minuts és escoltar amb total atenció, empatia i receptivitat, i si és possible, assegut.

Es diu que el professional de drogodependències no té gaire temps i és veritat que té una gran càrrega de treball, però s'ha observat que quan el professional parla amb l'usuari, aquest diàleg no és sempre eficaç ja que sovint el professional intenta convèncer l'usuari d'alguna cosa, li repeteix informació, el pressiona i li insisteix, mentre l'usuari argumenta en contra d'allò que diu el professional.

En comptes de perdre el temps en converses de “estira i arronsa”, és millor dedicar menys temps i posar en pràctica una escolta eficaç que sigui útil per a l'usuari i per al professional.

Molt sovint, atesa la càrrega de treball que tenen els professionals de drogodependències, s'escolta amb una actitud de pressa (amb nerviosisme, mirant el rellotge, movent-se, intentant accelerar l'usuari). El problema és que les presses no donen més temps. Al revés. Les presses escurcen el temps. La tranquil·litat fa que el temps sembli més llarg.

## 5.9. EXEMPLES

**Si l'usuari està desanimat:**

**Recorda:**

- Que l'única manera de poder deixar la tristesa és expressant-la.
- Que necessita expressar lliurement el que sent.
- Que probablement no pot expressar la seva tristesa a ningú més (els seus familiars, segurament, estan incòmodes amb aquesta expressió).
- Que en el temps que té amb tu, és més important que exterioritzi les seves emocions que el fet que tu esbrinis tot el que li està passant.
- No pensis que després que hagi expressat els seus sentiments has de “solucionar” o millorar la seva situació; que l'usuari s'hagi sentit

escoltat aquells minuts és la gran ajuda (que li durarà molt més temps que aquells minuts) que li pots donar. Després de ser escoltat se sentirà més alleujat, menys sol i veurà la seva situació d'una altra manera.

- No intentis canviar el que sent. Les emocions no són coses a canviar sinó a sentir i a viure. Recorda que no hi ha emocions “positives” o “negatives”. Totes són emocions.
- No intentis animar-lo. Només el faràs sentir més sol i incomprès.

### **Com escoltar-lo:**

- Escoltar en silenci amb empatia.
- Deixa que plori i s'expressi.
- Mostra una actitud d'acompanyament sense presses.
- Digues-li: “Aquí pot plorar”.
- **No li diguis:** “anima't”, “no n'hi ha per a tant”, “tranquil”, “tingui una actitud més positiva”.

### **Si l'usuari sent ansietat:**

#### **Recorda:**

- Que sentir ansietat és normal quan s'estan fent canvis.
- Que l'ansietat no es pot suprimir, sinó aprendre a conviure amb ella d'una manera més còmoda.
- Que la millor manera de poder aprendre a conviure amb l'ansietat és expressant-la.

### **Com escoltar-lo:**

- Escolta la seva ansietat i anima'l a expressar-la fent-li preguntes obertes i neutres com ara: “Què et preocupa més de tot això?” “Quan et preocupa més?”
- No donis falses esperances sobre com anirà el procés de canvi. No és possible (ni recomanable) sentir esperança fins que no s'hagi viscut i expressat la desesperació.
- No intentis canviar la seva emoció. Per sentir-se menys preocupat, ha de poder expressar el que sent i pensa. Expressions com ara “tranquil” no ajuden; només fan que l'usuari senti que el seu malestar ens molesta.

### Si sembla negar la seva situació:

#### **Recorda:**

- Que és molt difícil acceptar que es té un problema, deixar el que un era i adaptar-se al seu nou “ésser”.
- Que cal “invertir” temps a ajudar-lo (escoltar-lo) en el seu procés d’adaptació perquè després les altres coses (educació sanitària, tractaments, etc.) siguin més eficaces.

#### **Com escoltar-lo:**

Perquè l’usuari es pugui adaptar als seus canvis, ha de (en diverses visites) poder parlar de com aquests canvis afecten:

- la seva autoestima i la seva autoimatge
- la seva vida familiar, afectiva i social
- la seva vida laboral i econòmica
- els seus plans de futur.

#### **Fes-li preguntes obertes i neutres com ara:**

- “Com portes la teva situació?”
- “Què és el més difícil ara?”
- “Com et fa sentir...?”
- “Explica’m...”

i tu escolta'l sense dir-li el que ha de fer ni donar-li “solucions”, ja que l’important és que se senti a ell mateix.

### Si l’usuari no fa el tractament o les recomanacions:

#### **Recorda:**

Que per alguna raó serà:

- Li està costant adaptar-se als canvis que vol fer.
- Té altres preocupacions i reptes en la seva vida més importants que el tractament.
- No creu que el seu problema de salut sigui tan greu.
- No se sent motivat.
- Li costa seguir les recomanacions.
- Té efectes secundaris de la medicació.



- No veu els beneficis de fer l'esforç.

### **Com cal escoltar-lo:**

- No recriminar ni “renyar”.
- No “fer-li un sermó”.
- Pregunta-li què opina dels tractaments i les recomanacions que se li han donat.
- Pregunta-li com l'afecten els seus problemes de salut i la seva addicció.
- Pregunta-li sobre les altres preocupacions que té en la seva vida.
- Pregunta-li què és el més difícil dels tractaments i les recomanacions que se li han donat.
- Escolta sense jutjar ni opinar.
- No repeteixis informació que ja es va donar.
- No insisteixis o intentis convèncer.
- Pregunta-li quines coses fa ell (que no són part dels tractaments i recomanacions) que creu que l'ajuden.
- Dóna-li reforç positiu (felicitar-lo) pel que fa per la seva salut i digues-li que entens que no és fàcil.

### **Si el pacient es queixa:**

#### **Recorda:**

- Que si no escoltem la seva queixa (per “trivial” que sembli), rebrà el missatge que no ens pot explicar queixes i preocupacions més importants.
- Que les queixes tenen informació (verbal i no verbal) important per poder treballar amb l'usuari.
- Que quan es viu amb addiccions i problemes de salut, es tenen molts reptes i alguns s'expressen de manera indirecta, com queixes sobre qüestions que semblen trivials.
- Creure l'usuari és un element indispensable d'una relació d'ajuda eficaç.
- Cada ésser humà té la seva veritat. Si l'usuari nota que no el creus, no confiarà en tu, no compartirà.

**Com escoltar-lo:**

- Escoltar la queixa de l'usuari amb tranquil·litat i amb una mirada comprensiva i empàtica.
- Dir-li: “Gràcies per parlar-me del que et molesta, potser ara et puc ajudar millor. Explica'm com creus que jo podria ajudar-te amb això.”
- Recorda que no és el nostre rol “solucionar” tots els problemes de l'usuari. Si pots fer alguna cosa sobre el que et diu i és dins del teu rol, fes-ho. Si no, deriva'l o anima'l a buscar les seves idees i les seves estratègies.

**Si l'usuari està enutjat:****Recorda:**

- Que deu tenir les seves raons per sentir-se així encara que tu no les entenguis en aquell moment.
- Que és contraproductiu en una relació d'ajuda prendre's personalment el que diu: està parlant al que tu representes.
- Que és la manera en la qual es pot expressar en aquell moment.
- Que la ràbia és una emoció com qualsevol altra; no és “negativa”.
- Que és bo que l'usuari es desfogui.
- Que no t'està “faltant al respecte”, que és una expressió del seu malestar.
- Que per sota d'aquesta ràbia segurament hi ha altres emocions: inseguretat, por, vergonya, decepció, etc.
- Que la ràbia, sovint, és un mecanisme de defensa per a quan un se sent insegur.

**Com cal escoltar-lo:**

- Escolta amb tranquil·litat (respira profundament, pensa que no és un atac personal, pensa que necessita expressar la seva ràbia).
- Assenteix.
- Digues-li que té dret a sentir ràbia.
- No et posis a la defensiva.
- No et posis a discutir ni a portar-li la contra.

### 5.10. EL PRINCIPI I EL FINAL

Al principi de tota conversa, indica a l'usuari el temps que tens perquè ell pugui decidir com prioritzar el que et vol explicar.

Quan s'ha acabat el temps, cal "tancar" la conversa. Això es fa dient-li, suaument:

- "Agraeixo que hagi compartit amb mi la teva situació."
- "Sento que ara no hi hagi més temps, però tinc ganes que m'expliquis més en un altre moment."
- Dir-li que pot continuar un altre dia.

### 5.11. RECORDA QUE NO ÉS ÚTIL ESCOLTAR...

- Interrompent.
- Sense deixar silencis.
- Amb presses.
- Guiant i dirigint la conversa.
- Mirant a l'ordinador i donant prioritat als protocols que cal emplenar.
- No mirant l'usuari a la cara.
- Donant per fet el que dirà.
- Jutjant amb missatges verbals o no verbals.
- Sense empatia.
- Intentant "fer veure".
- Movent-se.
- Dempeus.
- No escoltant l'experiència de l'usuari ni les seves emocions.
- Interpretant el que se sent d'una manera social i no terapèutica.

## 6. EL DROGODEPENDENT I LES SEVES EMOCIONS

### 6.1. EMOCIONS I CONFLICTES

Una de les causes principals de les addiccions és la conflictivitat emocional que l'usuari ha viscut en la seva família d'origen (conflictivitat aparent o encoberta). Per això, el camí cap a la millora en les addiccions ha de passar, inevitablement, per processar les emocions que vénen de la mà d'aquests conflictes.

Les emocions no són “bones” ni “dolentes”, ni “positives” ni “negatives”. Són una expressió necessària de l'ésser humà. Sens dubte, freqüentment, les emocions causen sensacions pertorbadores. És important que l'usuari pugui expressar el que sent per poder desfogar-se i conviure més còmodament amb les seves emocions.

Els malestars emocionals acumulats tendeixen a convertir-se en conflictes interns (per exemple: entre el que els altres esperaven de l'usuari i el que ell desitjava i necessitava). Perquè l'usuari pugui alleujar, reavaluar (sentir-se diferent envers els vells conflictes) i no reproduir-los cap altra vegada en el present, és important que l'usuari pugui parlar-los i expressar el que sent.

#### Exemples de vells conflictes:

- Un pare vol que el seu fill sigui com ell. El fill rep suport quan segueix els passos del seu pare, però, en el fons no se sent còmode amb el rol esperat d'ell i veu que no pot ser tot el que el pare espera d'ell.
- Per a una mare, la seva més gran alegria en la vida és el seu fill. El fill intenta agradar a la mare però se sent aclaparat per ella, la qual cosa li produeix por, ràbia i culpabilitat.

Les expectatives dels pares són normals, també els van criar uns pares amb les seves limitacions i problemàtiques. El problema és que la intensitat de les expectatives i el rol que s'espera que el fill o la filla tingui en l'estructura familiar, poden ser massa per al nen o nena.

## 6.2. QUE PUGUI EXPRESSAR LES SEVES EMOCIONS

No volem causar a l'usuari malestar emocional, sinó crear un ambient, en la relació terapèutica, en el qual l'usuari pugui expressar els seus malestars emocionals i així reduir els seus conflictes i malestars interns.

**Per fer això, el professional:**

- Accepta les emocions de l'usuari, no les minimitza, no intenta canviar-les (no intenta tranquil·litzar-lo ni animar-lo).
- El convida a parlar del que sent, preguntant-li com porta la seva situació i quines preocupacions té.
- Mostra interès pel que l'usuari sent amb frases com ara: “Noto que...”, “Sents...”.
- Evita preguntes tancades (a les quals només pot respondre sí o no) com: “Vol dir que sent ràbia quan ha d'esperar?” i fa preguntes obertes, neutres (que no opinen) com: “Digues-me, com et sents quan...?”.
- No s'afanya a parlar quan l'usuari ha acabat una frase; espera, assentint, perquè hi hagi espai per a les seves emocions sobre el que acaba de dir
- Mostra empatia amb tot el que sent l'usuari.
- L'anima a fer la connexió entre el que sent ara i el que va sentir en el passat.

## 6.3. DAVANT DE L'USUARI DESANIMAT

**Té raons**

En l'estructura psicològica del drogodependent hi ha un com ponent depressiu important, i saber treballar amb el desànim de l'usuari és de gran importància.

El drogodependent pot estar desanimat per diverses raons: per estar atrapat per la seva addicció, per problemes socials i afectius, per sentir-se encara presoner de vells conflictes familiars, per tenir una malaltia com el VIH o l'hepatitis, per la seva situació econòmica o per qualsevol altra raó per la qual els éssers humans es desanimen.

Hi ha professionals de drogodependències amb bones intencions, que intenten animar l'usuari amb intervencions que no són terapèutiques, ni eficaces i fins i tot poden ser contraproductes. Vegem-ne un exemple:

### Exemple ineficaç

**Professional:** No et veig gaire content.

**Usuari:** Com he d'estar-ho? Les meves analítiques no milloren. Mira com estan els meus T4!

**Professional:** Bé, anima't, tampoc no han baixat tant.

**Usuari:** Últimament, quan penso en les meves analítiques, em poso a plorar.

**Professional:** Va! Tranquil, ja veuràs com surten medicacions noves aviat que t'ajudaran.

En la nostra cultura, quan algú està desanimat, socialment s'utilitzen expressions com “anima't”, “tranquil”, i “n'hi ha per a tant”. Qui les diu pensa que així animarà l'altre. Com es comunica cadascú en la seva vida social és molt personal, però en la comunicació terapèutica, cal utilitzar una metodologia rellevant i eficaç. Amb les paraules del professional de l'exemple, l'usuari no se sent ni menys trist ni més animat. Ara, a més de desanimat, també se sent més sol i incomprès.

La pena és una emoció i com totes les emocions són part de l'ésser humà. Idealment, quan una persona nota una emoció, el més sa seria deixar-la-hi sentir, reconèixer-la i, segons el context, expressar-la.

En la nostra cultura no ens costa expressar l'alegria. Quan la notem ens deixem inundar amb aquesta energia i l'expressem. No veiem l'alegria com una cosa dolenta. Al contrari, la pena (tristesia, desànim) la veiem malament. Popularment, es diu de la pena que és una “debilitat”, com si fos un error en la personalitat. És veritat que quan un té pena, se sent més feble, més vulnerable. Però això no és dolent. És part de ser un ésser humà.

Però en la nostra societat, quan comencem a notar la pena, intentem no sentir-la de diverses maneres: enfocant-nos obsessivament en una cosa que ens distregui d'aquesta emoció (veure la televisió, hiperactivitat), raonant amb nosaltres mateixos (“Va!, no n'hi ha per a tant”) o consumint substàncies que, momentàniament, fan que no notem la pena (alcohol, heroïna, cocaïna).

Però aquests “trucs” no funcionen, a part de crear el perill de desenvolupar una addicció. Si les emocions no es viuen quan sorgeixen, ens passen “factura” més endavant. Si no ens deixem sentir la pena quan sorgeix en nosaltres, aquesta pot augmentar, crear una gran tensió interna, que pot portar a provocar fòbies, ansietat, depressió, addiccions o altres malestars.

Les emocions no són coses a “treure” ni a “solucionar”, sinó experiències a viure. I si algú se sent desanimat, per poder sentir en un altre moment una emoció com l’alegria, primer necessita sentir i expressar la seva pena. L’ésser humà és com una olla exprés: necessita que la pressió surti.

Tot ésser humà passa per moments de pena i desànim, però un drogo-dependent, amb els seus reptes psicosocials, pot ser que tingui més moments, sobretot quan en el seu procés de canvi nota que hi ha “retrocessos”.

### Exemples per ajudar l'usuari desanimat

**Professional:** Com va? Com portes la situació?

**Usuari:** No gaire bé... (diu mirant el terra amb ulls tristos)

**Professional:** Explicam’...

**Usuari:** És que no progresso, estic fart. Una altra recaiguda (es posa a plorar)

**Professional:** (Assenteix en silenci)

**Usuari:** Són molts anys en aquesta situació.

**Professional:** (espera en silenci uns segons i després diu): Ha de ser dur.

**Usuari:** Sí, i quan ja no puc més, necessito plorar, però els amics em diuen que no n’hi ha per a tant.

**Professional:** Aquí sí que pots plorar.

### Cal recordar que...

- L’usuari no s’anima “animant-lo”, sinó ajudant-lo a expressar el seu desànim que es desfogui i s’alleugereixi.
- Estar desanimat és també part de la vida, com estar animat; no és res dolent que cal “solucionar”.
- Els professionals, de vegades, intentem que els usuaris estiguin animats, si semblen animats, estan millor; això no és necessàriament veritat.
- La pena i el desànim no són emocions “negatives”. Són una reacció a una situació del present o del passat.

- Si un ésser humà intenta no sentir la pena que té, se sentirà pitjor, ja que crearà un conflicte intern.
- En drogodependències veiem sofriment (físic i emocional) cada dia. És molt important que hi hagi una formació i supervisió adequades dels professionals per saber treballar amb aquestes situacions difícils.

## 6.4. EL DROGODEPENDENT I LA SEVA RÀBIA

### Raons i formes

La ràbia tendeix a ser una reacció a una injustícia d'una cosa que passa ara o que va passar. El drogodependent viu moltes injustícies: té un problema de salut físic i mental però la societat el tracta com un marginat. Per la seva addicció sovint a una substància il·legal, és tractat com un delinqüent i el cost de la substància il·legal el deixa en una situació econòmica precària. També possiblement en l'àmbit familiar, el drogodependent ha viscut situacions conflictives i de poc suport.

Però la ràbia també és una manera de cobrir altres emocions com la inseguretats i la vergonya. El drogodependent té una llarga història de fugir de les seves emocions: si hi hagués pogut conviure, possiblement no hauria sentit la necessitat de consumir substàncies per tranquil·litzar-se.

A més, la ràbia és una via per la qual el drogodependent crea, sense necessàriament adonar-se, conflictes externs. Aquests conflictes tenen dues utilitats. D'una banda, crea (si una altra persona està disposada a involucrar-se en el conflicte amb ell) una situació d'intensa emoció que, encara que no sembli agradable, pot ser familiar per al drogodependent, ja que és possible que en la seva vida, les seves relacions principals hagin estat conflictives. Per a molts drogodependents, el conflicte és l'única manera mitjançant la qual, en aquest moment, són capaços d'apropar-se a un altre ésser humà. D'altra banda, crear un conflicte amb el professional, si aquest no està degudament format o supervisat, "despista" l'usuari i el professional dels temes importants a tractar.

### Intervencions davant de la ràbia del drogodependent

- No prendre-la personalment.



- No posar-se a la defensiva.
- Prendre seriosament el seu estat emocional.
- No dir-li “tranquil”.
- No entrar en discussions sobre el contingut del que diu.
- Acceptar que té dret a la seva ràbia.
- Mantenir la tranquil·litat.
- Veure l'usuari com algú que està sofrint molt en aquell moment.
- Deixar que es desfogui sense deixar-lo sol.
- Donar-li sensació de seguretat.

### 6.5. EL DROGODEPENDENT I LA SEVA ANSIETAT

L'ansietat és una part integral de la vida però encara més de la vida del drogodependent. Velles inseguretats i pors han estat l'arrel de la seva problemàtica i, ara, la seva realitat és molt difícil sobretot perquè se sent controlat per la droga. No sap què passarà amb aquest procés d'addicció que sembla allunyar-lo més i més de la vida que ell desitjava. Després d'un període de “lluna de mel” amb la droga, la majoria d'addictes volen, encara que amb sentiments contradictoris, sortir de la seva situació i veuen que el procés no és gens fàcil.

A l'ansietat de l'addicció s'afegeix, si el drogodependent té altres malalties com el VIH o una hepatitis, l'ansietat sobre com es desenvoluparà la malaltia.

El professional necessita escoltar atentament l'usuari per sentir la seva por ja que de vegades l'usuari utilitza defenses com “fer-se el dur” per amagar l'ansietat d'ell mateix i dels altres.

És imprescindible crear un ambient de confiança i seguretat perquè l'usuari pugui començar a verbalitzar les seves inseguretats i aprendre a conviure amb les que no pot canviar i a buscar estratègies per a les que es poden modificar.

En cap moment el professional minimitza ni pren a la lleugera les ansietats ni els malestars de l'usuari.

## 7. CREURE L'USUARI

### 7.1. CREURE L'USUARI

Encara que amb la seva particular psicopatologia, és útil comunicar-se amb el drogodependent creient-lo, ja que si no ho fem l'usuari s'adonarà i la relació s'omplirà de distància i desconfiança.

#### Exemple

**Usuari:** Els antivirals em deixen feta pols.

**Professional:** Doncs avui et veig amb bona cara.

**Usuari:** Però m'ha costat molt aixecar-me, estava zombi.

**Professional:** Mira, la medicació que estàs prenent no té gaires efectes secundaris i no et veig tan malament. Crec que et queixes massa.

#### Per què aquest professional no creu l'usuari?

Hi ha diverses raons possibles:

- El professional està adoptant una posició de poder. És veritat que aquest professional és un expert en drogodependències i que segurament en sap molt sobre antivirals però, encara que el seu rol és diferent del de l'usuari, això no li dóna el dret de prendre una posició “superior”. Quan un professional actua com si fos “superior”, tendeix a no creure l'usuari.
- Aquest professional no entén que no hi ha una “veritat universal”, que cada ésser humà té “la seva veritat” que reflecteix la seva realitat i com la viu depèn de la seva manera de ser, el seu recorregut, la seva realitat, les seves dificultats, les seves particularitats biofísiques, la seva cultura i la seva família d'origen.
- En aquesta situació, és possible que el professional estigui projectant, sobre l'usuari, la frustració que sent sobre les limitacions de les medicacions i els efectes secundaris dels antivirals que existeixen avui dia. Els antivirals causen efectes no desitjats i aquest professional intenta evitar el tema.

El professional està minimitzant el problema de l'usuari, li està dient que “no n'hi ha per a tant”. Sense ser conscient d'això, aquest professional creu que si diu que el problema de l'usuari és menys del que l'usuari diu, el problema disminuirà per art de màgia.

En general, als professionals que treballem en qüestions de salut, ens incomoda que no puguem “solucionar” alguna situació i, en aquest cas, el professional projecta la incomoditat a l'usuari.

### Exemple

**Professional:** Veig que no vas venir a veure la psicòloga la setmana passada com et tocava.

**Usuari:** És que em costa molt venir fins aquí, sobretot els dies que estic malament.

**Professional:** Has vingut avui, així que no pot ser tan difícil.

En aquest exemple, el professional no creu que per a l'usuari és difícil desplaçar-se. Per ser més eficaç, el professional primer ha de creure l'usuari. Si ho fa amb les frases següents, les seves intervencions poden ser més útils:

- Sí, entenc que pot ser difícil.
- Explica'm com n'és de difícil.
- Què t'ajudaria perquè fos més fàcil?
- Quins avantatges i desavantatges veus de no veure la psicòloga?

### Exemple

**Professional:** Veig que encara no has vingut a fer-te les analítiques del VIH i de les hepatitis.

**Usuari:** És que no suportó que em punxin. Des que vaig deixar de punxar-me no puc veure ni una agulla.

**Professional:** No n'hi ha per a tant, és només una petita punxada i la infermera ho fa molt bé. Tots els usuaris es fan les analítiques i no es queixen.

En aquesta situació el professional no vol creure l'usuari. Pensa que si minimitza la queixa de l'usuari, el convencerà i es farà les analítiques. Aquest tipus d'intervenció no funciona i crea un ambient de desconfiança. També comparar-lo amb altres usuaris el farà sentir malament i empitjorarà la comunicació.

Davant d'aquesta situació, el professional primer creu el pacient, que no suporta que el punxin, i després pot fer algunes de les intervencions següents:

- T'agraeixo que m'hagis explicat per què no t'has fet les analítiques. Potser ara et puc ajudar millor.
- Explica'm què va passar l'última vegada que et vas fer analítiques.
- Creus que hi ha alguna manera de poder fer-te les analítiques que no sigui tan incòmoda?

### Exemple

**Professional:** Les cèl·lules T4 t'han baixat molt. Crec que no estàs prenent la medicació.

**Usuari:** Sí, sí, l'estic prenent com em vas dir.

**Professional:** No pot ser. Si l'estiguessis prenent tindries les T4 millor.

Pot ser que l'usuari estigui prenent la medicació però que no li funcioni per raons de resistències o d'altres. O, potser, no està dient la veritat. Què es pot fer en aquesta situació? Primer és important reflexionar sobre les raons possibles per les quals l'usuari potser no ens està dient la veritat:

L'usuari tem que si ens diu la veritat (que no està prenent la medicació) el renyarem. Gairebé tots els usuaris tenen una experiència en la qual no han seguit les recomanacions del professional sanitari i l'ha amonestat. Molts usuaris no han vist un professional sanitari reaccionar amb comprensió i empatia en aquesta situació.

No vol admetre's a ell mateix que no està prenent la medicació perquè prendre la medicació és, a part d'un inconvenient (haver de recordar-se, haver d'amagar-la perquè els altres no sàpiguen que és seropositiu, etc.), acceptar que un té un problema de salut, i això no és fàcil.

Davant d'aquesta situació, el professional accepta que l'usuari ha de tenir les seves raons per dir-li el que li està dient. Després mostra a l'usuari que no el renyarà si li diu la veritat, sinó que li mostrarà comprensió i empatia. I, finalment, convida l'usuari a parlar de com viu el seu problema de salut.

### Possibles intervencions del professional

- Tant si prens la medicació com si no, jo t'atendré igual.

- No és fàcil prendre medicació cada dia.
- Jo respecto la teva decisió si has decidit no prendre-la.
- Explica'm, com veus això en cas de prendre la medicació? Què no t'agrada de prendre la medicació? Què et dificulta prendre la medicació?
- Què és el pitjor per a tu de tenir el VIH?

L'usuari, encara que sigui o hagi estat addicte, té la seva veritat. Per tenir una bona comunicació amb l'usuari, el professional necessita respectar l'usuari i la seva manera d'explicar el que viu. Cal creure'l. Així se'l pot ajudar millor.

## 7.2. NEUTRALITAT

Quan es parla amb un usuari, és molt important ser neutral. Això vol dir no opinar, no intentar convèncer i no insistir, ja que si l'usuari se sent pressionat, segurament reaccionarà en contra de la nostra opinió i no buscarà el seu propi camí.

És molt difícil per al professional de drogodependències tenir una idea del que convindria a l'usuari i no dir-li-ho, ja que en algunes de les nostres formacions encara es veu com part de la nostra feina “aconsellar” l'usuari. (Aconsellar és diferent que oferir a l'usuari informació sobre qüestions de salut, recursos, etc.). Quan es diu a l'usuari què cal fer, normalment comença un diàleg inútil entre l'usuari i el professional en el qual l'usuari respon amb “sí, però” i el professional insisteix. Això, a més de ser inútil, és una pèrdua de temps del qual ja no es té suficient.

Encara que deixéssim de costat qüestions ètiques, aconsellar i opinar no funcionen, no són eficaços. Un ésser humà no canvia la seva vida i els seus hàbits perquè algú li digui que ho faci.

El drogodependent ja és una persona que, per la seva trajectòria psicosocial, té defenses importants i reacciona fàcilment davant de qualsevol imposició. No és eficaç reforçar aquestes defenses ja que aquestes li impedeixen notar el que realment sent i pensa, i alenteixen el seu procés de canvi.

### Exemple de falta de neutralitat

**Professional:** “T'aniria bé evitar aquestes amistats que consumeixen drogues”.

**Usuari:** “Sí però, no és tan fàcil”.

**Professional:** “Però ja saps que et perjudiquen”.

**Usuari:** “Sí, però, són els únics amics que tinc”.

En aquest diàleg l'usuari es posa a la defensiva i no es fa notar el que sent o pensa sobre les seves amistats.

### Exemple de neutralitat

**Professional:** “Com ha anat la setmana?”

**Usuari:** “Vaig estar amb els amics de sempre... com de sempre”.

**Professional:** “Què vols dir amb ‘com sempre’”.

**Usuari:** “Ja saps, sempre s’acaba consumint, gairebé sense voler”.

**Professional:** “I com et vas sentir ‘consumint gairebé sense voler?’”

**Usuari:** “Rar, malament... no ho sé. Si tingués uns altres amics...o no. Potser hauria consumit només a casa també. No ho sé...”

En aquest diàleg el professional és neutre: no diu a l'usuari el que hauria de fer ni l'amonesta per la seva conducta. Es nota que l'usuari no es posa a la defensiva i que explora el que sent i pensa.

### Exemple de falta de neutralitat

**Professional:** “Vols emportar-te més preservatius?”

**Usuari:** “Per a què? Si no n'utilitzo”.

**Professional:** “Però si tens el VIH has d'utilitzar-ne!”

En aquest diàleg el professional diu el que ha de fer l'usuari. Això no farà que ho faci. L'únic que aconseguirà el professional és que l'usuari es posi a la defensiva. L'usuari ja sap que és recomanable utilitzar preservatius. Si no ho fa, el professional pot ajudar-lo a reflexionar sobre el tema d'una manera neutra amb preguntes obertes com:

- “Què opines dels preservatius?”
- “Què no t’agrada d'utilitzar-los?”
- “Alguna vegada n’has utilitzat?”
- “Com va ser l'experiència?”
- “Quins avantatges i desavantatges veus d'utilitzar preservatius?”

### 7.3. PER NO REFORÇAR LES DEFENSES DE L'USUARI

- Escoltar amb empatia i acceptació
- No intentar convèncer
- No insistir
- Deixar a un costat la idea preconcebuda que tenim de què dirà l'usuari
- No opinar
- No jutjar verbalment ni amb gestos ni amb mirades
- No dir-li què fer.

### 7.4. NO CONFONDRE LA NEUTRALITAT

La neutralitat no és indiferència. Respectar l'usuari sense opinar ni jutjar-lo no vol dir que no ens importi el que fa, diu o sent. Respectar l'autodeterminació de l'usuari no implica desentendre's sinó implicar-se i treballar des d'una metodologia terapèutica i respectuosa.

## 8. LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA PER ALS CANVIS D'HÀBITS

### 8.1. EXPECTATIVES I EXIGÈNCIES DE CANVI PER PART DEL PROFESSIONAL

**Usuari** (mirant en un full en el qual hi ha escrit el pla de medicacions):  
 “He de fer això? No ho sé... serà una mica difícil.”

**Professional:** “Mira, fes-ho i ja està”.

“I ja està”. Aquesta frase indica un nivell de simplicitat amb el qual el professional d'aquest exemple veu el tema de canviar hàbits. En realitat, canviar el que un està acostumat a fer, acostumar-se a nous hàbits i seguir tractaments són qüestions molt difícils. A aquesta dificultat s'afegeix el fet que els professionals de drogodependències no sempre han reflexionat sobre com n'és de difícil canviar i tenen expectatives dels usuaris que no són raonables ni realistes.

Malgrat formar-se i reflexionar a fons sobre la complexitat del comportament humà, especialment davant de canvis, els professionals esperen que els usuaris canviïn molt i més ràpid del que és possible i raonable.

Els canvis que el professional espera de l'usuari no estan, sovint, dins de les prioritats de l'usuari. Són les prioritats del professional, però ningú no ha esbrinat si són les de l'usuari.

L'usuari té molts temes importants en la seva vida. El seu problema d'addicció o salut, segons la seva gravetat, serà més amunt o més avall en la seva llista de prioritats. Un usuari de metadona que de vegades és consumidor de cocaïna que no creu que té complicacions, és possible que vegi la seva situació com menys important que, per exemple, un problema legal o familiar. Però si el professional no veu l'usuari com un ésser biopsicosocial, només se centrarà en el consum de substàncies i per a aquest professional serà la seva prioritat quan parla amb l'usuari, i voldrà que canviï els seus hàbits tant si com no.

Quan un professional decideix que l'usuari ha de veure el seu problema de salut com una prioritat i li diu de quina manera ha de canviar, saboteja la relació terapèutica.



Les ganes de canviar són de l'usuari, o no. Però no poden ser del professional.

Fins ara, la majoria dels professionals utilitzen sobretot el fet de donar informació i intentar convèncer per intentar que l'usuari vulgui canviar i canviï. La informació és només una petita part de tot el procés i s'ha observat que quan es dona informació, no està necessàriament relacionada amb les creences ni amb la hipòtesi que té l'usuari de la seva realitat, i intentar convèncer és, com es veurà en aquest capítol, contraproduent.

## 8.2. REALITAT I REPTES DE CANVIAR

Per entendre la complexitat de fer canvis, seria interessant observar i reflexionar sobre els canvis.

### EXERCICI DE REFLEXIÓ

Quantes vegades t'has proposat canviar un hàbit relacionat amb la teva salut?

Quins eren? Els vas poder canviar? Què va ser difícil?

Per què?

Què t'hagués ajudat? Què podria haver fet un professional sanitari perquè et fos més fàcil canviar aquest hàbit?

Canviar és difícil per raons com ara que la persona:

- té altres preocupacions més importants
- troba difícil les recomanacions que se li fan
- no creu que el seu problema sigui tan greu com per haver de fer canvis
- li crea malestar haver de canviar les seves rutines
- ja ha rebut, al llarg de la seva vida, molta informació i moltes recomanacions i consells
- pensa que canviar afectarà la seva vida social i emocional
- ja ha intentat fer canvis en el passat i no ho ha aconseguit
- no sent motivació (no veu que els avantatges de canviar siguin superiors als desavantatges)
- hàbits crònics: pensar i actuar (negació, etc.) que ha après en la seva infantesa

Canviaré a veure una mica amb la informació però sobretot amb aspectes emocionals, psicològics, culturals i socials.

Per canviar els seus hàbits, l'usuari necessita, primer, elaborar el dol de la seva manera vella de ser, aquest drogodependent que ara està intentant no ser. Aquesta elaboració del que ja no és, es fa parlant i expressant els sentiments. El professional pot ser una gran ajuda a través de l'escolta i l'empatia.

També, per voler canviar, l'usuari necessita, després d'haver fet el dol, començar a redefinir la seva vida, a buscar-li un nou sentit. L'addicció li ha canviat possiblement el seu cos, la seva autoimatge i, possiblement, les seves activitats (laborals, socials, familiars). Per poder dur a terme canvis, amb totes les dificultats que això presenta és necessari que el professional d'infermeria sigui, per al pacient, un acompanyant empàtic utilitzant la comunicació terapèutica.

### 8.3. ELS PROBLEMES D'UNA EDUCACIÓ SANITÀRIA INEFICAÇ

Encara que l'educació sanitària és una tasca important dels professionals de drogodependències, aquests no tenen, en general, formació específica de com dur a terme aquesta tasca. Aquesta falta de formació fa que els professionals imitin models que no són adequats per a l'àmbit sanitari, com el del mestre. Això passa en una educació sanitària que, (els estudis ho demostren) tendeix a ser paternalista i poc centrada en l'usuari.

Altres intervencions poc eficaces que de vegades es duen a terme inclouen:

- quan el professional decideix per l'usuari quins seran els seus objectius
- no començar des de la demanda de l'usuari, insistir, imposar, no atendre les necessitats reals de l'usuari
- no esbrinar les opinions, coneixements, realitats o creences de l'usuari
- donar a l'usuari informació que ja té i repetir informació
- parlar a l'usuari sobre canviar com si fos fàcil
- jutjar-lo, veure'l malament per no canviar els seus hàbits

També, encara que donar consells sigui en aquest moment part de la cultura sanitària, en realitat no és una metodologia eficaç. Més endavant veurem que oferir informació i ajudar el pacient a reflexionar és més útil que aconsellar.

Entre els professionals de drogodependències es qüestionen estils que han utilitzat altres generacions de metges, estils de parlar al pacient imposant i d'una forma paternalista. Però encara que noves generacions tenen un estil menys paternalista, la metodologia molt sovint continua sent poc eficaç. Vegem-ne uns exemples:

### Imposar:

En altres temps, els metges deien a l'usuari: "Has de fer això i ja està!". Ara, amb un estil més amable, molts professionals continuen intentant imposar amb frases com ara: "Va, vinga, fes-ho." Els dos exemples són igual d'ineficaços ja que quan s'intenta imposar o empènyer un usuari a fer alguna cosa, es reforçaran les seves defenses i serà més difícil que consideri fer-ho. Amb el vell estil més "dur", l'usuari, que ara té certa consciència sobre els seus drets, veurà fàcilment que el professional no està treballant d'una manera adequada. Però amb l'estil més "amable", l'usuari sentirà certa confusió perquè sentirà que li estan imposant alguna cosa però alhora veurà certa amabilitat. La tensió entre les seves defenses que es reforçaran i l'aparent "amabilitat" del professional es convertirà en un missatge contradictori i danyarà la relació d'ajuda.

### Jutjar:

En l'estil "dur" es deia a l'usuari que no havia seguit unes recomanacions, frases com ara: "Doncs si continues així, anem malament. En el nou estil "amable", es continua jutjant l'usuari en aquestes situacions però el llenguatge ha canviat: "Ai, ai, ai... així no anem bé".

En els dos estils, la metodologia és ineficaç, ja que l'usuari se sent jutjat, la qual cosa el desmotiva i deteriora la relació terapèutica.

### Enfadar-se:

Abans era bastant comú que si un usuari tenia una recaiguda o no seguia altres recomanacions, el professional s'enfadava amb ell. Ara no es fa d'una forma tan explícita però l'usuari nota, en la mirada i en el to de veu del professional, aquest mateix enuig.

**Repetir:**

Hi continua havent la creença, en el sistema sanitari, que si es repeteix informació moltes vegades, l'usuari acabarà per fer la recomanació. Això va en contra de la investigació i el sentit comú. Abans es repetia la informació amb frases com ara: “Ja t’he dit que...!” i ara es fa dient: “Bé, t’ho explico una altra vegada”. Cap de les dues intervencions no és útil. Si l'usuari no segueix les recomanacions, cal esbrinar el que pensa, sent, viu i opina. Repetir només el farà sentir que se l'està tractant com un nen.

**Paternalisme:**

Encara que el professional i l'usuari tenen rols molt diferents en la relació d'ajuda, els dos són éssers humans iguals. No hi ha raó perquè el professional parli com si fos superior. En el vell estil se sentien, i encara se senten, frases que tractaven l'usuari com a inferior, com ara: “Bé, aquí qui és el metge? “. Ara el paternalisme es manifesta a través d'actituds de voler “salvar” o “rescatar” com les que es poden sentir en frases “Bé, d'acord, t’ho explico una altra vegada. No crec que m’hagis entès”.

En l'educació sanitària ineficaç, es tendeix a veure l'usuari com un vas buit que cal omplir d'informació. L'usuari és un vas ple, ple de la seva experiència, de la seva vida, dels seus coneixements. Per a una educació sanitària eficaç, ens centrem en la realitat de l'usuari, en la riquesa de la seva experiència, en les seves creences i en les seves opinions. (No tenir en compte l'opinió de l'usuari, no disminueix considerablement el seu compliment de tractaments.) Veure i dialogar amb l'usuari com si fos algú que no té coneixements i a qui hi cal “educar”, el desmotiva.

A més, utilitzar una metodologia ineficaç quan s'intenta ajudar l'usuari a canviar els seus hàbits no l'ajuda, també frustra el professional que no veu progrés en el seu treball ni obté satisfacció. Això porta a una cronificació del professional.

## EXERCICI DE REFLEXIÓ

Recorda alguna vegada quan vas ser pacient i el metge et va recomanar fer canvis:

- De quines maneres va parlar que et va ajudar?
- De quines maneres et va parlar que no et va ajudar?
- Com t'agradaria que t'hagués parlat?
- Què creus que t'hauria ajudat?

### 8.4. LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA PER AJUDAR AMB ELS CANVIS

El més important, per ajudar l'usuari a fer canvis amb una metodologia eficaç, és pensar d'una manera terapèutica i abandonar aquest “petit mestre” que, de vegades, ens sorgeix quan tractem el tema dels hàbits de l'usuari.

És important començar creant un ambient, una comunicació empàtica i respectuosa. Així l'usuari podrà parlar obertament i compartirà les seves opinions i pensaments. Per crear aquest ambient, el professional necessita observar-se per detectar com està veient l'usuari. L'està veient amb “mals ulls”? L'està jutjant pels seus hàbits i comportaments? Si és així, el professional pot recodar que jutjar l'usuari dificultarà la comunicació.

El professional, en diverses sessions, pot anar ajudant l'usuari a definir quin és el seu objectiu. Aquest no és necessàriament el mateix que el que desitjarien els professionals i anirà canviant a mesura que l'usuari es va coneixent i sentint.

Estem acostumats a treballar amb els nostres objectius: l'usuari que està consumint cocaïna amb la metadona, en reduirà el consum. Encara que aquests objectius siguin uns ideals relacionats amb la salut de l'usuari, no són necessàriament els seus.

Perquè l'usuari pugui començar a decidir quin és l'objectiu que té cal que pugui anar reflexionant, elaborant els seus pensaments i sentiments sobre els possibles canvis però també sobre els temes relacionats.

El més important és que l'usuari, en comptes de posar-se a la defensiva davant dels consells del professional, pugui notar el que pensa i sent. Per això cal que el professional no imposi ni insisteixi.

El procés d'ajudar l'usuari a definir els seus objectius no és una qüestió que fa una vegada, és un procés que es va fent al llarg de tota la relació terapèutica amb l'usuari. Per a això els temes sobre els quals el professional necessita anar preguntant a l'usuari són els relacionats amb com veu l'usuari la seva vida, les seves creences, els seus significats i les seves preocupacions. Exemples de preguntes per ajudar l'usuari a reflexionar poden incloure (Això és una llista de suggeriments i no un qüestionari.):

- Com portes la teva situació ara?
- Quant fa que tens aquesta dificultat (per la qual ve) i com s'ha anat desenvolupant?
- Quina és la teva opinió del que t'han dit altres professionals fins ara sobre la teva situació?
- Què opines de les recomanacions que se t'han fet?
- Què és el que t'ajuda més?
- Quines coses empitjoren la teva situació?
- Com ha afectat tot això a la teva vida familiar, social, laboral?
- Com t'ha afectat emocionalment?
- Què és el que et preocupa més ara?
- Quines altres preocupacions tens?
- Quines són les prioritats en la teva vida?
- Què seria per a tu una qualitat de vida acceptable?
- Què vols fer per aconseguir aquesta qualitat de vida?

És important que quan l'usuari respongui a les preguntes, el professional tingui en ment que el crucial és que l'usuari s'està sentint a si mateix. El que diu l'usuari és, sobretot, que ell o ella va notant i entenent com viu la seva situació i canvis. Mentre l'usuari parla, el professional mostra empatia i interès, al mateix temps que intenta entendre de quina manera aquest usuari viu la seva situació.

És contraproduent discutir amb l'usuari sobre com veu la seva situació, la seva veritat, o "empènyer-lo" a fer tal cosa o tal altra. Això només bloquejarà la comunicació i danyarà la relació d'ajuda.

Quan hi ha informació que podria ajudar l'usuari:

- ens assegurem que és informació que no té

- que vol sentir-la
- que en comptes de **donar-la, s'ofereix**

La velocitat dels canvis que es proposa l'usuari la determina l'usuari mateix. Si el professional nota que està “empenyent” o “estira” de l'usuari, ha de parar i tornar a una metodologia terapèutica i respectuosa.

Per ajudar un usuari a canviar els seus hàbits,  
Se l'acompanya en la seva reflexió i  
No se l'“educa”.

Perquè l'usuari es pugui plantejar canviar els seus hàbits, necessita que el professional l'acompanyi com un “testimoni empàtic”, amb respecte a la velocitat de l'usuari i sense projectar-li la frustració que tenim quan no va a la velocitat que pensem que hauria d'anar.

### 8.5. RESISTÈNCIA AL CANVI

Els drogodependents, encara amb les seves addiccions i les seves dificultats, volen, molts d'ells, canviar: sentir-se menys dependents d'una substància, millorar la seva salut física, millorar les seves relacions socials, millorar les seves condicions econòmiques, etc. Però no és fàcil canviar. L'ésser humà té resistències al canvi com ara:

- Que hi ha beneficis en el comportament (exemples: el benestar que dona la droga, evitar la vergonya d'haver de parlar de preservatius, etc.).
- Que la persona no cregui que el seu comportament és tan danyós, i no veu necessari fer un esforç per canviar-lo (exemple: no creu que és tan greu compartir xeringa amb un altre usuari també seropositiu, i no fa l'esforç d'anar a buscar xeringues netes).
- Que a la persona li sembla impossible canviar i no té la confiança suficient per fer-ho.
- Hàbits crònics: maneres de pensar i actuar (negació, etc.) que s'han après en la infantesa.

Una resistència és qualsevol comportament que bloqueja el procés terapèutic i la motivació.

Què cal fer davant de les resistències de l'usuari?

- No reforçar les seves resistències amb confrontació.
- Mostrar empatia i comprensió amb la seva dificultat.
- Crear una comunicació en la qual l'usuari pugui parlar de les seves pors i obstacles.
- Donar suport i mostrar interès en la seva vida i la seva realitat.
- No mostrar indiferència davant de les seves resistències.

## 8.6. MOTIVACIÓ

Hi va haver un temps en què es creia que la motivació era una cosa que una persona tenia o no i els que no semblaven tenir-la eren titllats de “fluixos”, “ganduls”, etc. Però ara, la investigació ens mostra que, en una relació terapèutica, hi ha factors interns i externs que influeixen en la motivació de l'usuari. Els factors interns són els de l'usuari i els externs són els del professional que l'atén.

### FACTORS DEL PROFESSIONAL QUE AFECTEN LA MOTIVACIÓ:

- Que el professional sigui capaç de crear les condicions favorables (metodologia i tècniques de relació d'ajuda) perquè l'usuari pugui parlar de la seva realitat, motiva l'usuari.
- Si el professional creu en el potencial de l'usuari, l'usuari ho notarà i es motivarà.
- Si el professional mostra empatia, l'usuari sentirà més motivació.
- La necessitat del professional d'“aconseguir” alguna cosa amb l'usuari i de “realitzar-se (professionalment)” poden desmotivar l'usuari, ja que aquestes necessitats del professional es projecten sobre l'usuari, l'aclaparen i aquest es posarà a la defensiva.
- Si el professional té en compte que la por al canvi és un factor important, això pot ajudar l'usuari.
- Donar consells desmotiva.
- Si el professional entén que l'ambivalència és normal i que és un tema



important per escoltar i saber treballar, pot motivar l'usuari. Si no hi ha ambivalència, no hi pot haver canvi.

#### FACTORS DE L'USUARI QUE AFECTEN LA MOTIVACIÓ:

- El nivell de malestar de l'usuari: una situació de crisi pot, al principi, augmentar la motivació.
- La intensitat de l'addicció: com més necessitat de la substància hi hagi, menys motivació hi haurà.
- El “locus de control”: si l'usuari pensa que ell té control sobre ell mateix tindrà més motivació, però si pensa que el control de la seva vida és fora d'ell (a la droga, a la parella, etc.), tindrà menys motivació.
- Com més desestructurat i rígid sigui l'usuari, menys motivació tindrà.
- Com més flexible sigui l'usuari, més motivació tindrà.

### 8.7. ETAPES DE CANVI

Per ajudar l'usuari a augmentar la seva motivació, cal entendre en quina etapa de canvi està<sup>1</sup>. No és el mateix algú que pensa que el seu comportament de risc (per exemple, no utilitzar preservatiu) no és un problema que algú que vol canviar però no se sent capaç, que algú que ja ha canviat aquest hàbit però li costa mantenir-lo.

#### ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓ

Quan una persona està en aquesta etapa, no el preocupa el seu hàbit (per exemple, el seu consum repetitiu de substàncies) o el seu comportament (per exemple, compartir xeringues) i no veu la necessitat de canviar. Altres persones en el seu entorn possiblement estiguin preocupades (metge, família, etc.) i li diuen que hauria de canviar. De vegades, persones sense la formació adequada, etiqueten els usuaris, en aquesta etapa, de “negatius”, “resistents”, “passotes”. Clement & Hughes (1990) expliquen que les raons per les quals l'usuari està en l'etapa de precontemplació són: reticència, rebel·lia, resignació o racionalització.

**En aquesta etapa és important recordar que l'usuari, per resistent al canvi que sigui, no és un “cas perdut”,**

ni està embussat. Aquesta etapa és el temps necessari perquè l'usuari comenci a sentir-se suportat, acompanyat i escoltat, i que comencin a sortir les seves preocupacions. En aquesta etapa es treballa per establir continuïtat en la relació terapèutica.

### Intervencions en l'etapa de precontemplació

- Per a la “reticència”: crear diàleg i empatia amb els quals l'usuari pugui parlar dels seus temors.
- Per a la “rebel·lia”: quan parla dels altres (els que volen que ell canviï), que parli d'ell mateix: “Com et fa sentir quan et parlen/tracten així?”. Que parli sobre com li agradaria que el tractessin i sobre les vegades que algú l'ha tractat bé.
- Per a la “resignació”: animar-lo a parlar de les situacions, idees o coses que sí que ha pogut canviar.
- Per a la “racionalització”: Mostrar empatia. Centrar-se en l'aspecte emocional. Evitar debats i arguments.
- Mostrar-li empatia amb el que ell diu que és el problema: “Entenc que ha de ser dur estar envoltat de persones que creuen que has de canviar”, “Entenc que per a tu és important que...”
- No dir-li que té o no té un problema, si no preguntar-li com veu la seva situació i la seva salut i si hi ha una cosa que el preocupa o el molesta. Crear temps i espai perquè parli dels seus malestars (de què vol parlar) i rebi empatia.
- Evitar resistències, no reforçar-les intentant convèncer, argumentar o insistir.
- Reforçar la seva autoestima, allò que ha estat capaç de fer en la seva vida, coses que sap fer, problemes que ha evitat, maneres de relacionar-se que són eficaces.
- No etiquetar (negatiu, resistent, passota, etc.).
- Recordar que té autodeterminació.
- Evitar “sermons”. No bombardejar amb informació. No aconsellar. No amenaçar (“si no fas això, et passarà això un altre cop”). No insistir. No repetir.
- Que pugui parlar del rol de les substàncies en la seva vida, com l'ajuden, com no l'ajuden.

- Que pugui parlar (si és rellevant) de les seves experiències amb el VIH, les seves pors, etc.
- Animar-lo a parlar de temes relacionats amb la seva autoimatge.
- Escoltar-lo perquè noti que entenem el que sent i que ens importa
- No intentar canviar-lo.

No cal fer llargues intervencions. Petites intervencions poden ser útils aprofitant espais informals (passadissos, sales d'espera, el carrer) enfocades a temes com ara: augmentar l'autoestima, mostrar empatia amb les seves dificultats, ressaltar els seus punts forts, crear confiança en la relació d'ajuda.

#### ETAPA DE CONTEMPLACIÓ

Aquesta és l'etapa de **l'ambivalència**. El treball principal de la **motivació** està enfocat a aquesta etapa en la qual l'usuari defineix el seu problema i el seu desig de canviar. Sorgeixen pors a canviar i al fracàs.

#### Intervencions en l'etapa de contemplació

Que l'usuari pugui parlar de:

- La seva situació actual: com veu la seva vida, raons per les quals es planteja fer canvis, quins canvis es planteja: substàncies, maneres de consumir, els seus temors davant de malalties com el VIH o les hepatitis.
- Els avantatges de no canviar: allò que li agrada del seu hàbit, el que li dóna de bo (parlar dels avantatges, en comptes de reforçar el seu hàbit, l'ajuda a sentir-se i, a poc a poc, començar a sentir el que li ha estat fent mal)
- Els desavantatges de no canviar (de quina cosa està fart de la seva situació actual)
- Com pensa que podria intentar aquest canvi (on, quan, amb qui, de quina manera, etc.), què necessita per començar aquest procés, quant de temps creu que necessitarà per a aquest canvi
- Què necessita del professional i d'altres recursos, què no l'ajudaria en aquest procés

- Altres vegades que ja ha provat de fer aquest tipus de canvi, com li va anar, què va aprendre d'aquests intents
- Amb quin marge de canvi estarà satisfet
- Preveure quins “passos enrere” pot donar, com els veurà i com els viurà.

En tota aquesta etapa: mostrar empatia, acceptació, no empènyer, no argumentar, centrar-se en els seus malestans emocionals i reforçar la seva autoestima.

### Exemple d'intervenció amb un usuari en etapa de contemplació

A un usuari que diu que vol intentar utilitzar preservatius en les seves relacions sexuals se li pot preguntar com facilitarà aquest canvi en la seva vida (parlant amb la seva parella, aconseguint preservatius, portant preservatius a sobre, etc.). A continuació, que parli dels desavantatges de fer aquest canvi (i mentre ho diu, el professional només assenteix i mostra empatia, no discuteix, ja que la tècnica és que l'usuari “buidi” el que porta al cap i se senti). Després se li pot preguntar si, tot i amb els desavantatges que hi pot haver, hi veu algun avantatge i a la seva resposta també se li mostra empatia.

## ETAPA D'ACCIÓ

La persona que està en aquesta etapa, comença a provar canvis. El professional anima l'usuari que comenci per petits canvis realistes, els que creu que pot fer més fàcilment.

### Intervencions en l'etapa d'acció

- Evitar impaciència i presses (del professional i de l'usuari)
- Ajudar l'usuari a desenvolupar estratègies per a les dificultats que sorgeixen com a resultat del canvi
- Animar l'usuari a parlar de com es veu en aquest canvi, què està canviant de la seva autoimatge (abans era algú que feia / pensava què / com ara és algú que...)
- Recordar que cada petit pas en aquest canvi afectarà l'usuari de moltes maneres: físicament, emocionalment, socialment, psicològicament; donar-li suport i empatia
- Si l'usuari fa un canvi en la substància (quantitat, tipus) hi haurà

reaccions emocionals fortes; crear el temps i l'espai adequats per a l'expressió d'aquestes emocions

- Acceptar que l'ambivalència continua present
- Reforçar l'autoeficàcia de l'usuari: el que està fent, què es proposa.

## ETAPA DE MANTENIMENT

En aquesta etapa l'usuari manté el canvi d'una manera més o menys consistent. D'aquesta etapa, sovint, torna a l'etapa de “contemplació”.

### Intervencions en l'etapa de manteniment

- Per consolidar els canvis, que l'usuari en parli, del que ha aconseguit, del positiu i del negatiu d'aquests canvis, com es veu ara
- Continuar creant temps i espai perquè l'usuari parli, rebi suport, empatia i senti que els seus malestars són escoltats i que importen
- Treballar la prevenció de “recaigudes”
- Col·laborar amb altres professionals i recursos, si cal, perquè l'usuari tingui ajuda amb els altres aspectes de la seva vida.

## 8.8. PROBLEMES D'ACONSELLAR

Una tasca important en el nostre treball és oferir informació a l'usuari perquè pugui prendre decisions informades sobre la seva salut i la seva vida. Però, sovint, confonem aquesta tasca amb aconsellar (dir al pacient què ha de fer). Aconsellar és indicar a l'usuari com ha de viure la seva vida i fer les coses. És un intent d'imposar.

Carl Rogers, i altres investigadors de la psicologia, han mostrat que quan a un ésser humà se li intenta imposar una idea, aquest tendeix a posar-se a la defensiva. Això és el contrari del que volem fer amb l'usuari. Per poder ajudar l'usuari a evolucionar, a canviar d'hàbits, cal que reflexioni i noti el que sent. Si es posa a la defensiva, l'usuari no pensarà ni es deixarà sentir. Per això aconsellar, encara que estigui motivat per bones intencions, no funciona.

Pot passar que estiguem aconsellant sense adonar-nos, i cal observar-nos i escoltar-nos a nosaltres mateixos. Si sentim que estem intentant pressionar l'usuari que faci alguna cosa en particular, seria necessari fixar-se i no insistir.

De vegades, aquesta pressió la fem de maneres amables i suaus, però continuen sent contraproductes.

### Com sabem si l'usuari està a la defensiva?

És important que el professional de drogodependències sàpiga reconèixer quan l'usuari s'està posant a la defensiva, per no agreujar la situació.

Indicis d'aquesta situació són:

- Diu: "Sí, però..."
- Li busca problemes al que acabem de dir
- Argumenta.

### Si no segueix les recomanacions...

De vegades, quan no s'aconsella, quan s'ofereix informació rellevant d'una manera acurada i respectuosa, l'usuari possiblement no utilitza, en aquell moment de la seva vida, aquesta informació. Això pot ser per diverses raons:

- L'usuari té altres preocupacions més importants que les relacionades amb la informació que se li ha ofert. (Exemple: a un usuari de drogues per via parenteral se li ha donat informació sobre on pot obtenir xeringues netes, però continua sense anar-hi, i utilitza la mateixa xeringa. No és que no li importin les conseqüències de no utilitzar una xeringa neta, és que està més preocupat per trobar diners per a la droga, pels seus problemes judicials o per tenir un lloc on dormir).
- Troba difícil la recomanació. (Exemple: li costa integrar prendre la medicació antiviral en el seu estil de vida).
- Ell no creu que té un problema. (Exemple: el professional sap que l'usuari està barrejant diverses substàncies i de vegades en grans quantitats. Li recomana un ús més moderat. L'usuari no pensa que el seu consum és un problema).
- Té por. (Exemple: el professional ofereix a l'usuari la possibilitat de fer-se unes analítiques però l'usuari té por de rebre resultats negatius).
- Té vergonya. (Exemple: el professional ofereix a l'usuari una caixa de condons perquè utilitzi amb la seva parella, però a l'usuari li fa vergonya utilitzar condons).
- Ja ha rebut molta informació i recomanacions.

### Intervencions ineficaces

A més de no aconsellar, és recomanable, quan s'ofereix informació, evitar el tipus d'intervencions següents:

- Enfadar-se: encara que es faci d'una manera suau, l'usuari notará qualsevol tipus de retret en la mirada o el to de veu del professional, el farà sentir malament i reduirà la seva motivació.
- Insistir, intentar “fer veure”: la investigació mostra que insistir produeix l'efecte contrari al que es desitja. En comptes de tenir en compte la informació i les idees, l'usuari es posarà a la defensiva.
- Repetir informació que ja sap: repetir informació fa que l'usuari se senti com si el tractessin com a un nen petit. Ja sap la informació. Si no la utilitza és per alguna raó, no per falta d'informació.

### Intervencions eficaces

- Crear un ambient i una comunicació amb l'usuari que sigui empàtica i respectuosa. Només d'aquesta manera l'usuari podrà parlar obertament i compartirà les seves opinions i pensaments. Per crear aquest ambient, el professional s'hauria d'observar per detectar com està veient l'usuari. L'està veient amb mals ulls?, L'està jutjant pels seus hàbits o comportaments? Si és així, el professional pot recordar que jutjar l'usuari dificultarà la comunicació i pot intentar veure l'usuari com el que és: una persona amb una addicció amb tota la complexitat d'un ésser humà. El professional necessita aclarir quin és el seu objectiu en donar informació a l'usuari. És el moment adequat? És la prioritat? És la informació rellevant? És informació que vol l'usuari?
- Que l'usuari decideixi la informació que necessita i que doni la seva opinió. El professional facilita que l'usuari parli de la informació que necessita preguntant-li sobre la seva realitat, les seves prioritats, la seva opinió sobre la seva salut, la seva opinió sobre la informació que se li ofereix, els canvis d'hàbits que ja ha fet, què li serà útil, etc.
- No condicionar la nostra ajuda. Hi ha professionals sanitaris que pensen que si l'usuari no està fent els canvis recomanats, no hauria d'acudir al centre o servei. Fer canvis és difícil i complex. Cada usuari té el seu ritme i la seva realitat.

## 9. REFLEXIÓ

### 9.1. LA REFLEXIÓ COM A EINA

Observar-se i reflexionar és imprescindible per al treball en drogodependències. S'està treballant amb éssers humans, amb les seves emocions, amb els seus pensaments, creences i vivències, amb la qual cosa la nostra manera de veure, interpretar, entendre i pensar és el centre del nostre treball. De la reflexió sorgiran la comunicació i les intervencions més adequades. Per a aquest tipus de reflexió, suggerim preguntes per fer-se a un mateix.

### 9.2. L'ESCOLTA

- Què sento quan parla un usuari?
- Hi ha alguna cosa en especial que em crida l'atenció d'aquest usuari o de la seva situació?
- Com veig aquest usuari?
- Com crec que em veu a mi?
- Com crec que es veu a si mateix?

### 9.3. EL PROCÉS

- Quines expectatives tinc del procés / progrés d'aquest usuari?
- Quines expectatives té ell del seu procés / progrés?
- Què li estem oferint?
- Quines opcions hi ha?
- Què crec que necessita?
- Què demana l'usuari? És diferent del que crec que necessita?
- Com veig jo la seva petició?
- Com creu ell que pot apropar-se a aconseguir el que vol?
- Com crec jo que pot apropar-se a aconseguir el que vol?
- Quina és la prioritat? Qui ho decideix? Per què?



#### 9.4. L'USUARI

- Quins malestars té l'usuari? Quins malestars ha tingut?
- (Què li fa mal emocionalment?)
- Què “funciona” d'aquesta persona (habilitats, punts forts)?
- Què pensa l'usuari que li ha donat la droga?
- De quines maneres l'ha ajudat la droga?
- Quins problemes creu ell que li ha causat la droga?
- De quins esdeveniments significatius sobre parla la seva vida?
- Com veu l'usuari la seva família? Com creu que el veuen?
- Quin rol ha tingut en la seva família (per a què ha servit en la seva família)?
- Què ha après d'aquest rol familiar? D'aquest, què reproduceix ara que no l'ajuda (li causa malestars, conflictes, angoixes)?
- Quins “aliats” té ara en la seva vida? Quins “aliats” va tenir en la infantesa i adolescència?

#### 9.5. UN MATEIX

- Per què dic el que dic? És dins dels objectius terapèutics?
- El que dic i com ho dic, ajuda el procés i l'usuari?
- Parlo per nerviosisme?
- Parlo per enuig?
- El que dic i com ho dic, ajuda l'usuari a apropar-se o a allunyar-se del que sent?
- Estic acceptant les emocions de l'usuari?
- Estic escoltant les emocions de l'usuari sense jutjar i amb tranquil·litat?
- Estic projectant les meves emocions o malestars a l'usuari?
- Estic parlant el mínim i escolto el màxim?
- L'estic animant a parlar-ne més però sense posar-lo a la defensiva?
- Li estic mostrant empatia? I si no, què m'impedeix fer-ho?  
Com puc repensar l'usuari i el meu rol per mostrar-li'n?
- Estic intentant convèncer l'usuari d'alguna cosa? Per què?
- Li estic insistint, “empenyent”, projectant-li les meves presses? Per què?
- L'estic animant a definir la seva situació i a definir les seves opcions o ho estic fent per ell?

- Per què parla d'això ara? Per què ho diu d'aquesta manera?
- S'està "despistant" l'usuari? Amb què?
- M'estic "despistant" jo? Amb què?
- Si li estic donant informació, és el moment adequat i la informació adequada? Ja tenia aquesta informació?
- Podria utilitzar el temps que tinc amb l'usuari d'una manera més útil?
- Com em sento jo?
- Quins malestars visc jo ara en la meua vida?
- Què em sobra i què em falta ara en la meua vida?
- Quins malestars em genera el treball amb els usuaris?
- Quins malestars em genera el treball amb l'equip?
- Amb qui puc parlar d'això?
- Què més m'ajudaria?

### 9.6. "DESPISTAR-SE"

El procés que oferim a l'usuari de conèixer-se, reflexionar, aprendre a notar el que sent i acceptar-ho, no és fàcil per a ningú però menys encara per al drogodependent que, per la seva psicopatologia, evita l'autoconeixement. Per això, sovint, en el diàleg amb el drogodependent es nota que l'usuari està evitant els temes que comencen a sorgir. Això ho fa centrant-se en qüestions que creïn (si el professional no està ben format i atent) un conflicte amb el professional. D'aquesta manera, l'usuari es "despista" dels seus temes més profunds i dolorosos.

En la seva vida quotidiana, l'usuari es "despista" amb el consum repetitiu de substàncies. En la seva relació amb el professional, l'usuari és possible que intenti crear un conflicte sobre una cosa que l'usuari sap que a aquest professional, en particular, el fa reaccionar, com el fet d'haver consumit, haver consumit estant en un programa de metadona, actes il·legals o qualsevol altra qüestió.

En intentar (i, de vegades, aconseguir) que el professional es "despisti", entrant també en una discussió, l'usuari reproduceix una relació conflictiva intensa possiblement semblant a les que ja va viure en la seva família d'origen. Però això no vol dir que estigui elaborant temes relacionats amb la seva família sinó que amb el conflicte i amb la ràbia l'usuari tapa les seves altres

emocions (pena? por? decepció?) i el temps amb el professional es “perd” en això.

### LA DISTRACCIÓ DE L'USUARI I DEL PROFESSIONAL

És normal que un drogodependent vulgui “despistar-se del que viu i sent”. La drogoaddicció és un gran esforç per despistar-se. Però el problema ve quan el professional també es “despista”. Amb la formació i supervisió adequades un professional pot mantenir una certa claredat sobre el que realment són els temes de l'usuari amb qui està treballant.

Per intentar evitar “despistar-se”, el professional pot:

- Observar la intensitat emocional de l'usuari per reconèixer si està intentant crear un conflicte amb el professional
- Observar-se a si mateix per veure si està reaccionant (acceleració, ràbia, frustració)
- Escoltar el tema del qual l'usuari parla per veure si és un tema que utilitza en altres ocasions per “despistar-se”
- Limitar el temps emprat en el tema de la “distracció” (consum, etc.)
- Animar l'usuari a parlar sobre el que sent i el que significa per a ell el que està parlant

### 9.7. EL RITME

Sovint el professional de drogodependències no està segur si en el seu treball terapèutic amb l'usuari està anant massa ràpid o massa a poc a poc.

Per verificar això, el professional necessita observar-se i notar si està “empenyent” o “espera” l'usuari. Per evitar aquests ritmes, que no són necessàriament eficaços, el professional pot, quan sent en la narrativa de l'usuari temes significatius o conflictes, oferir-li que parli més amb frases com ara: “Crec que dius que... com ho veus tu?”

També és important verificar amb l'usuari com veu i viu el procés, perquè és el seu procés i per augmentar l'eficàcia. Això es pot fer amb intervencions com ara: “Com veus aquest temps / conversa que hem parlat?”, “Com et sents?”, “M'interessaria saber com veus...”

Una altra tècnica útil pot ser resumir al final de cada entrevista/conversa

per reforçar el que ha dit l'usuari, per mostrar que s'ha escoltat i per facilitar que continuï pensant en el que ha compartit.

## 9.8. EL TEMPS

En els serveis de drogodependències, com en qualsevol servei sociosanitari, el temps és un factor que escasseja, per això és molt important intentar aprofitar el temps el millor possible.

Idees per aprofitar el temps:

- recordar que anar amb presses no dóna més minuts
- indicar a l'usuari de quant temps es disposa
- escoltar amb atenció
- intentar reduir les interrupcions
- no perdre el temps:
- insistint / “fent veure” / raonant
- repetint informació que ja té l'usuari
- recordar que dos minuts escoltant amb calma en semblen cinc
- pensar que baixar el to i la velocitat de la veu dóna una sensació que hi ha més temps i que s'està escoltant la part emocional
- quan l'usuari sembla que se'n va del tema”, preguntar-li sobre què significa per a ell el que t'està explicant (i això com et fa sentir?, i això, com ho portes?, etc.)
- quan ja no queda més temps, “tancar” l'entrevista amb molta suavitat, indicant a l'usuari que ens ha interessat el que ha dit, que sentim que no hi hagi més temps, i si ho desitja, acordar una altra entrevista

## Referències bibliogràfiques

*Capítol 1*

1. **Ruiz Moral R, Rodríguez J, Epstein R.** ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003;32:594-602.
2. **Sieh A, Brentin LK,** *The Nurse Communicates...* Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
3. **Steward M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W et al.** The impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract* 2000;49 (9): 796-804.
4. **Wensing M, Jung H, Mainz J, Olesen F, Grol R.** A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573-1588.
5. **Mira J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S, Vitaller J et al.** ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:165-177.
6. **Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al.** Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323:908-911.
7. **Turabián Fernández J, Pérez Franco B.** Estrategias de implicación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8:133-149.
8. **Twaddle A.** Disease, Illness and Sickness Revisited. A: Twaddle A, Nordenfelt L (eds.). *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health.* Linköping: Linköping University, Department of Health and Society, 1993: 3-18.
9. **Messner R.** What patients really want from their nurses. *American Journal of Nursing*, 1993 (8): 38.
10. **McWhinney IR.** Primary care: core values. Core values in a changing world. *BMJ* 1998;316(7147):1807-1809.
11. **Fundació, Biblioteca Josep Laporte.** The future patient Project. Focus Group Research in Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte. Julio 2001. [http://www.fbjoselaporte.org/cat/formacio/focus\\_groups\\_spain.pdf](http://www.fbjoselaporte.org/cat/formacio/focus_groups_spain.pdf)
12. **Byrne P, Long B.** *Doctors talking to patients.* Londres, UK: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
13. **Toría Duránte J, García Tirado M.** Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:17-24.
14. National Academy Press. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century.* Washington D.C. National Institute of Medicine.
15. **Roter D, Stewart M, Putman S, Lipkin M, Stiles W, Inui T.** Communication patterns in primary care physicians. *JAMA* 1997;277:350-356.

*Capítol 3*

1. **Korman, V.** *Y antes de la droga, ¿qué?* Barcelona: Grup Igia, 1996.
2. **Martí, O.** *Pensar la dependencia y no la droga.* A: Arana, Del Olmo (coords). *Normas y culturas en la construcción de la cuestión droga.* Oñati: Col-l. Sociología Jurídica, 1994.

*Capítol 4*

1. **Rogers, C.** *Psicoterapia centrada en el cliente.* Barcelona: Paidós, 1989.

### *Capítol 5*

1. **Lazure H**, Vivre la Relation d'Aide. Montreal : Decarie editores, 1987.
2. **Valverde C**. ¿Quién está escuchado? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. Aten Primaria. 2005;36(3): 150-161.
3. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century. Washington: Institute of Medicine National Academy Press, 2001.
4. **Brody H**. "My story is broken; can you help me fix it?" Medical ethics and the joint construction of narrative. Lit Med. 199;13:79-92.
5. **Diekelmann N**. Narrative pedagogy: Heideggerian Hermeneutical analysis of lived experiences of students, teachers and clinicians. Adv Nurs Sci. 2001; 23:53-71.
6. **Greenhalgh T y Hurwitz B (Eds)** (1998). Narrative Based Medicine. Londres: BMJ Books.
7. **Frank, A.W.** (1995). The wounded storyteller: Body, illness and ethics. Chicago, Il: University of Chicago Press.
8. **Kleinman A**. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition, New York: Basic Books, 1988.

### *Capítol 8*

1. **Miller, W.R., Rollnick, S**. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. Nueva York: Guilford Press, 1991.

## BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M.** Terapia familiar. Barcelona: Paidós, 1993.
- Autors diversos.** Estrategias de intervención familiar en drogodependencias. Barcelona: Grup Igia, 1993.
- Autors diversos.** La reducción de daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia, 1995.
- Barenblit V.** El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias. Barcelona: Grup Igia, 1992.
- Bermejo JC.** Relación de ayuda: En el misterio del dolor. Madrid: San Pablo, 1996.
- Bermejo JC.** Sida. Vida en el camino. Madrid: Ediciones Paulinas, 1990.
- Bermejo JC.** Apuntes de relación de ayuda. Madrid: Centro de Humanización de la Salud, 1996.
- Bor R, Miller R, Goldman E.** Theory and practice of HIV counselling: A systemic approach. Londres: Cassell, 1992.
- Bowen M.** De la familia al individuo. Barcelona: Paidós, 1991.
- Brody H.** My story is broken; can you help me fix it? Medical ethics and the joint construction of narrative. Lit Med 1994;13:79-92.
- Cancrini L.** Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.
- Célérier MC et al.** El encuentro con el paciente. Madrid: Editorial Síntesis, 2001.

**Charmaz K.** Good days, bad days: The self in chronic illness and time. Nova Jersey: Rutgers University Press, 1991.

**Charon R.** "The patient-physician relationship: Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust". JAMA 2001 oct 17; 286 (15): 1867-1902.

**De Andrés M, Hernández T.** Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas. Madrid: CREFAT. Monografías 5, 1998.

**Diekelmann N.** Narrative pedagogy: Heideggerian hermeneutical analysis of lived experiences of students, teachers and clinicians. Adv Nurs Sci 2001 març; 23:53-71.

**Farber B et al.** La psicoterapia de Carl Rogers: Casos y comentarios. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2001.

**Frank AW.** The wounded storyteller: Body, illness and ethics. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1995.

**Fundació, Biblioteca Josep Laporte.** The future patient project. Focus Group Research in Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte, juliol de 2001.

**Greenhalgh T, Hurwitz B (eds).** Narrative-based medicine. Londres: BMJ Books, 1998.

**Kleinman A.** The illness narratives: Suffering, healing and the human condition. Nova York: Basic Books, 1988.

**Korman V.** Y antes de la droga, ¿qué? Barcelona: Grup Igia, 1996.

**Labonte RN, Penfold SP.** Health promotion philosophy: from victim-blaming to social responsibility. Ottawa: Health Promotion Directorate. Western Region Office. Health and Welfare Canada, 1981.



**Lazure H.** Vivre la relation d'aide: approche théorique et pratique d'un critère de compétence l'infirmière, Montreal, Décarie Editeur, 1987.

**Linares JL.** Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica. Barcelona: Paidós T. Familiar, 1996.

**Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al.** Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323:908-911.

**Main D et al.** Patient perspectives on the doctor of the future. *Fam Med* 2002;34:251-257.

**Martí O.** "Pensar la dependencia y no la droga". Arana, del Olmo (coords). Normas y culturas en la construcción de la "cuestión droga". Oñati: Col. Sociología Jurídica, 1994.

**Mattioli G.** Psicoterapia del toxicómano. Barcelona: Logos, 1989.

**Mercer S, Watt G, Reilly D.** Empathy is important for enablement. *BMJ* 2001; 322:865.

**Miller WR, Rollnick S.** Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. Nova York: Guilford Press, 1991.

**Mira J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S, Vitaller J et al.** ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:165-177.

**Rabinowitz I et al.** Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of clinical encounter: Observational intervention study in primary care. *BMJ* 2004;328:501-502.

Rhodes T. Outreach work. Practice and principles. Council of Europe, 1996.

Rodés A, Valverde C. Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1995.

Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós, 1989.

Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós, 1989.

Rollnicck S, MacEwan I. Counselling problem drinkers. Londres: Tavistock/Routledge, 1991.

Romaní O. Intervención comunitaria drogodependencias. Etnografía y sentido común. Toxicodependencias 1995;(2):33-46.

Ruiz Moral R, Rodríguez J, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria 2003;32:594-602.

Sieh A, Brentin LK. The Nurse Communicates... Filadelfia: W.B. Saunders Company, 1997.

Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Al otro lado... de la mesa. Barcelona: Doyma, 2000.

Sontag S. El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Muchnik, 1989.

Steward M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W et al. The impact of Patient-Centered Care on Outcomes. J Fam Pract 2000;49(9):796-804.

Torío Durántz J, García Tirado M. Valoración de la orientación al paciente en consultas médicas de atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 17-24.

Turabián Fernández J, Pérez Franco B. Estrategias de implicación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas. Cuadernos de Gestión 2002;8:133-149.

Twaddle A, Nordenfelt L, (eds). Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health. Linköping: Linköping University, Department of Health and Society, 1993: 3-18.

Valverde C. ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. Aten Primaria 2005;36(3):150-161.

Valverde C. El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: Hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. El Norte de Salud Mental, Bilbao, vol VI núm 25, maig 2006.

Valverde C. Counselling sobre l'HIV. Suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva: Manual per a professionals. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.

Wensing M, Jung H, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. Soc Sci Med 1998;47:1573-1588.

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

**VALVERDE, CLARA**

Manual de comunicació per a professionals de les drogodependències

Bibliografia

I. Colom, Joan (Colom Farran), dir. II. Catalunya. Subdirecció General de Drogodependències III. Catalunya. Departament de Salut IV. Títol  
1. Comunicació en medicina 2. Treball social amb els drogoaddictes  
– Aspectes psicològics 3. Drogoaddictes – Assistència mèdica – Aspectes  
psicològics 4. Drogoaddictes – Psicologia  
613.83-056.24:614.253

© dels textos: els respectius autors

© d'aquesta edició: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Salut Pública

Primera edició: Barcelona, desembre de 2008

Tiratge: 2.000 exemplars

Dipòsit legal: B. 1.875-2009

Direcció editorial: Pau Tutusaus (responsable de Publicacions,  
Imatge i Difusió Corporativa del Departament de Salut)

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística

Disseny gràfic: mot\_studio

Impressió: Novatesa Gràfiques, S.L.

LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA ÉS LA COMUNICACIÓ ESPECÍFICA D'UNA RELACIÓ EN LA QUAL UNA PERSONA ESTÀ EN EL ROL D'AJUDAR-NE UNA ALTRA. PERÒ ÉS MOLT MÉS QUE AIXÒ. LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA ÉS UN NOU ENFOCAMENT EN EL QUAL EL CENTRE DEL TREBALL ÉS LA PERSONA USUÀRIA, LA SEVA NARRATIVA (QUÈ DIU I COM HO DIU), LA SEVA EXPERIÈNCIA DE L'ADDICCIÓ, LA SEVA EXPERIÈNCIA DEL SOFRIMENT I EL QUE SIGNIFICA PER A ELL O ELLA; EN AQUESTA COMUNICACIÓ, EL PROFESSIONAL ESCOLTA, ATÉN I DIALOGA AMB L'USUARI SOBRE LA SEVA SITUACIÓ. LA RELACIÓ TERAPÈUTICA I EFICAÇ QUE EL PROFESSIONAL ESTABLEIX AMB LA PERSONA USUÀRIA MITJANÇANT LA COMUNICACIÓ ÉS LA BASE PER DESPRÉS PODER DUR A TERME TOTES LES ALTRES INTERVENCIIONS EN DROGODEPENDÈNCIES.

