

LA RELACIÓ ENTRE LES PERSONES USUÀRIES I PROFESSIONALS EN L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

**2n Estudi Psicosocial
El Procés Terapèutic**

**L'OPINIÓ des del col·lectiu d'USUARIS i
PROFESSIONALS**

Associació d'Usuaris de Salut Mental de Catalunya (ADEMM)

Equip del projecte ADEMM, Conscienciació i empoderament dels usuaris: Divulgació de les seves opinions.

Responsable: Albert Ferrer.

Coordinadora: Dàlia Castro.

Equip de treball: Lluís Imedio, Imma Arriaga, Félix Hernández, Aitor López, Teresa Torrents, Ivan Durán, Félix Barbero i Albert Ferrer.

Autoria: Spora Sinergies.

Director: Aleix Causa.

Equip de recerca i producció: Hernán Sampietro, Ricard Faura i Aleix Causa.

Edició, impressió i distribució: Centre Especial de Treball Apunts, empresa d'economia social dirigida a la integració laboral de persones amb trastorns de salut mental.

Consell de Cent 219-221 - 08011 BCN

e-mail: copisapunts@telefonica.net

Tel. 93 451 05 33 -Fax 93 454 89 43

www.cetapunts.org

Setembre 2009

Pròleg

L'associació ADEMM, Associació d'usuaris de Salut Mental de Catalunya duu ja 18 anys treballant per la defensa dels drets de ciutadania del col·lectiu de persones afectades per un trastorn de salut mental. Des de l'any 1992, la tasca d'ADEMM ha permès construir un espai de participació i col·laboració entre les persones afectades i les institucions i associacions relacionades amb la salut mental.

El projecte "Conscienciació i Empoderament dels usuaris; Divulgació de les seves opinions" és una mostra del treball que està realitzant ADEMM des de l'any 2005 gràcies a l'experiència de col·laboració amb diferents entitats del territori europeu. La participació com a entitat de referència en els Projecte Sócrates, Grundvigt II i en el Projecte Live Long Learning, Grundvig I, de la Comissió Europea fruit del conveni de col·laboració amb l'Associació JOIA, ens ha permès consolidar una línia de recerca que busca produir coneixement de qualitat amb la intenció de millorar la defensa dels drets de ciutadania de les persones usuàries dels serveis de salut mental a Catalunya.

En aquest sentit, ADEMM no pretén ser la veu de les persones usuàries sinó que pretén esdevenir un agent social que dona lloc a les diferents veus que constitueixen al col·lectiu de persones usuàries i exusuàries dels serveis de salut mental. Aquest fet ha comportat la promoció i la col·laboració amb d'altres agents socials perquè les persones usuàries, més enllà de la mateix ADEMM, puguin expressar les seves opinions i coneixements.

Des d'ADEMM estem convençuts que la millora dels serveis, de les estratègies de salut mental i, sobretot, de la recuperació de les persones, passa pel reconeixement de les veus de les persones que passen o han passat per l'experiència humana de patir un problema de salut mental, i per la incorporació dels seus coneixements en la presa de decisions del procés terapèutic. Creiem que és imprescindible que les persones afectades en primera persona esdevinguin un agent actiu, amb poder de decisió, en l'organització i l'estructuració de la xarxa de salut mental.

Tanmateix, considerem que la incorporació de les veus de les persones afectades en primera persona és un pas molt necessari però no suficient per establir i consolidar una Xarxa de Salut Mental basada en l'excel·lència. Des d'ADEMM creiem que l'excel·lència implica establir línies de diàleg i debat entre els diferents agents implicats en l'àmbit de la salut mental: les persones usuàries, les seves famílies i el seu entorn proper, les persones professionals i les responsables polítics. Entenent que tot diàleg implica, el reconeixement de tots els seus interlocutors i la responsabilització compartida de les decisions que es prenguin.

Aquesta recerca representa el segon lliurament de la línia d'investigació iniciada per ADEMM sobre "La relació entre les persones usuàries i les persones professionals en l'àmbit de la salut mental". Aquesta línia d'investigació compta amb el suport del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que ha subvencionat el projecte, i segueix les línies estratègiques que planteja el Pla Director de Salut Mental i Addiccions en els seus objectius:

- Analitzar les necessitats de salut y de serveis sanitaris dels grups de població afectada per malalties mentals i addiccions.

Projecte ADEMM: Conscienciació i empoderament dels usuaris. Divulgació de les seves opinions.

- Dissenyar plans d'actuació per fomentar la recerca i la docència en l'àmbit de la salut mental.

La intenció de la recerca és aportar un coneixement que permeti millorar les relacions entre usuaris i professionals en el procés terapèutic i així poder incidir en una millor recuperació de les persones que estan vinculades a la xarxa de salut mental.

Concretament, la recerca es desenvolupa al voltant de la pregunta:

- *Com les relacions entre usuaris i professionals milloren o dificulten la recuperació de les persones afectades per un trastorn mental?*

Responsabilitzar tan a les persones usuàries com professionals del bon esdevenir de la recuperació de les persones implica un primer exercici de principis: donar un valor de referència a les seves valoracions i als seus coneixements. Per aquest motiu, aquest segon lliurament amplia l'univers de la recerca tan a les persones usuàries com a les persones professionals de tot Catalunya. Havent realitzat un total de 10 "Grups Focals": 5 de persones usuàries i 5 de persones professionals (4 a Barcelona, 2 a Girona, 2 a Tarragona i 2 a Lleida); amb una participació de 100 persones aproximadament.

Així, des d'ADEMM també plantejarem la necessitat de que en un futur s'amplii aquesta línia de recerca amb la incorporació de la veu de les famílies i l'entorn proper de les persones afectades. Les relacions entre les persones usuàries i les seves famílies són un factor de cabdal importància tan a l'hora d'entendre el mateix procés terapèutic com a l'hora de millorar la recuperació de les persones.

Finalment, volem remarcar que una recerca com aquesta no s'hagués produït de no estar impulsada per el col·lectiu de persones afectades en primera persona, i també volem esmentar que aquests són els passos d'un llarg recorregut que ha de portar-nos a un horitzó en el que les associacions de persones que passen o han passat per l'experiència de patir un trastorn de salut mental, esdevinguin un pilar fonamental en la construcció del sentit del procés terapèutic i de les pràctiques que s'hi desenvolupen. En aquest sentit, volem agrair especialment la col·laboració de totes les persones que han participat en aquesta recerca. La seva col·laboració permet que any rera any ens anem apropant a aquest horitzó.

Albert Ferrer i Pinyol

President d'ADEMM

Sumari

Introducció	6
El procés terapèutic: diàlegs entre l'ètica, les necessitats i l'eficàcia	9
Els moments previs a la intervenció terapèutica	9
Els objectius del procés terapèutic	11
Les intervencions terapèutiques basades en la contenció	12
Les intervencions terapèutiques basades en el coneixement	14
La medicació: entre la contenció i el coneixement	16
Les intervencions terapèutiques basades en la recuperació	19
El risc com a perill	25
La funció professional i els contextos sanitaris	26
El dilema ètic: la base de la intervenció en salut mental	27
Més enllà de l'individu: l'associacionisme	27

Introducció

L'any 2006-2007 es desenvolupà la recerca *La relació entre usuaris i professionals en l'àmbit de la salut mental: l'opinió dels usuaris i usuàries*¹. Aquesta recerca recollia l'opinió dels membres de l'associació ADEMM respecte els serveis de salut mental i al col·lectiu de professionals que hi treballen.

Com a continuació d'aquell projecte, l'any 2008 s'inicià una nova recerca que volia recollir l'opinió de les persones usuàries, així com la de les persones professionals de l'àmbit de la salut mental del territori català. La intenció d'aquesta va ser fomentar el treball conjunt entre les persones usuàries i els i les professionals per repensar i millorar les condicions dels serveis de salut mental de Catalunya.

Així, aquest nou projecte presenta els següents objectius:

Objectius Generals:

- Descriure què pensen les persones usuàries i professionals de la salut mental a Catalunya sobre la seva relació mútua.
- Detectar i descriure les demandes de les persones usuàries i professionals respecte els serveis de salut mental.

Objectius específics:

- Conèixer l'opinió de les persones usuàries i professionals sobre quin ha de ser el seu paper en el procés terapèutic.
- Conèixer l'opinió de les persones usuàries i professionals sobre el moviment associatiu de persones usuàries de la salut mental.

L'estructura de l'informe consta de 6 capítols. El primer capítol fa referència als conceptes de **salut** i **malaltia**, que com veurem esdevenen elements clau a l'hora de donar a entendre el procés terapèutic. El segon capítol fa referència al mateix **procés terapèutic**, explicant els principals elements que el constitueixen. El tercer capítol ens introdueix dins les **relacions** que tenen lloc en el procés terapèutic. El quart capítol analitza el **context institucional** com a element determinant de les relacions que tenen lloc en el procés terapèutic. El cinquè exposa les valoracions que es fan respecte les **associacions** de persones usuàries i la seva relació amb el procés terapèutic. Finalment, presentem un capítol de **conclusions** que relacionen els diferents elements plantejats al llarg de l'informe.

Tanmateix, en aquest document només presentem les aportacions que apareixen en les conclusions de l'informe. En tot cas, es pot consultar l'informe complet a:

- www.ademm-usm.org
- www.spora.ws

¹ Veure a: <http://www.ademm-usm.org>

És important remarcar que aquest informe només se centra en les relacions entre persones usuàries i persones professionals que tenen lloc en els contextos sociosanitaris. És a dir, només fem referència a les relacions que tenen lloc *en el procés terapèutic*, entenent que les accions i les activitats en l'àmbit de salut mental tenen un abast molt més ampli. El procés terapèutic és un dels tres processos que conformen el projecte assistencial en salut mental, juntament amb la inserció sociolaboral i la rehabilitació social.

En aquest informe no ens hem referit explícitament a aquests dos processos ni a les relacions que hi tenen lloc. Entenem, però, que el procés terapèutic està estretament vinculat a la inserció sociolaboral i a la rehabilitació. Per això, en certs moments de l'informe es troben connexions o referències amb els mateixos.

Metodologia

Aquesta recerca s'ha desenvolupat fent servir una **metodologia qualitativa**. El cos d'aquest informe està construït a partir dels relats de les persones usuàries i les persones professionals vinculades als serveis de salut mental. Concretament, persones usuàries que es troben actualment en un servei sociosanitari (hospitals de dia, clubs socials, pisos tutelats, centres de dia, residència, etc.) i persones professionals dels serveis sociosanitaris que no desenvolupen cap càrrec directiu (psiquiatres, infermers/es, treballadors/es socials, educadors/es, ATS, etc.).

Per desenvolupar aquest informe hem utilitzat les **tècniques** qualitatives següents:

- 5 grups focals amb persones usuàries dels serveis de salut mental.
- 5 grups focals amb persones professionals dels serveis de salut mental.

Totes les persones que han participat en els **grups focals** pertanyen al territori català. S'han realitzat un total de quatre grups focals (dos de persones usuàries i dos de persones professionals) en l'àrea metropolitana de Barcelona, dos grups focals a Girona, dos grups focals a Tarragona i dos grups focals a Lleida. En total, en aquesta recerca han participat aproximadament unes 100 persones.

En termes metodològics, hem optat pel que en els estudis de tipus etnogràfic es coneix com a *descripció densa*². Parlem d'una descripció que està simultàniament constituïda pel relat de les persones entrevistades i per la interpretació que en fan els investigadors i investigadores. La tasca de la descripció densa és extreure estructures de significació que sovint semblen irregulars, no explícites o inconnexes, però que, al llarg de l'anàlisi, l'investigador/a ha de poder connectar.

Aquest tipus d'enfocament qualitatiu suposa un tractament intensiu de la informació que no ens permet una universalització dels resultats. Tot i això, si que ens permet un aprofundiment comprensiu que ens donarà un major poder explicatiu vers el nostre objecte d'estudi. Això és possible, principalment, perquè la utilització de mètodes qualitius té com a característica

² Utilitzem el terme de C. Geertz (1973) "descripció densa" tal i com apareix en el seu llibre "The interpretation of cultures".

Projecte ADEMM: Conscienciació i empoderament dels usuaris. Divulgació de les seves opinions.

principal l'anàlisi i interpretació del significat que les persones donen a les seves accions i a les accions dels altres.

Cal fer esment que la metodologia qualitativa té com a objectiu realitzar un anàlisi exhaustiu dels relats expressats per part de les persones entrevistades. La metodologia qualitativa no té com a criteri d'anàlisi la representativitat de les seves dades, ni l'anàlisi de percentatges en les opinions expressades, sinó que tracta de detectar i analitzar un conjunt de discursos sobre un seguit de temes i la manera que tenen aquests de vincular-se i de generar formes de pensament i de percepció social.

Finalment, voldríem agrair la col·laboració de totes les persones que han participat o col·laborat en la creació d'aquest informe.

El procés terapèutic: diàlegs entre l'ètica, les necessitats i l'eficàcia

A continuació presentem un conjunt de reflexions i propostes amb l'objectiu de plantejar les principals controvèrsies i punts de trobada que envolten el procés terapèutic i les relacions interpersonals que hi tenen lloc. Per poder desenvolupar aquest conjunt de consideracions realitzarem un recorregut pels diferents moments i contextos que constitueixen el procés terapèutic.

Els moments previs a la intervenció terapèutica

En aquest primer apartat recuperem dos aspectes fonamentals previs al procés terapèutic en si. En primer lloc, recollim el sentit i el significat que pren la malaltia mental per a les persones entrevistades. Aquest punt és especialment rellevant, degut a la influència que té la forma d'entendre la malaltia mental³ sobre tot el procés terapèutic i sobre les relacions interpersonals que hi tenen lloc. Com ja hem vist, atorgar un o altre sentit a allò que és i que suposa una malaltia mental tindrà implicacions molt diverses, tant per a les persones usuàries com per a les persones professionals dels serveis de salut mental. En segon lloc, centrem les nostres aportacions en el que es pot considerar el moment previ a l'inici del procés terapèutic. Concretament, ens focalitzarem en com es crea la demanda que inicia el procés terapèutic.

El sentit de la malaltia mental

Les malalties mentals poden presentar diferents intensitats i durades diverses atenent a la simptomatologia que presenten. En aquest sentit, la malaltia mental és una categoria que engloba diferents afeccions amb característiques i efectes molt diversos. Tot i aquesta gran heterogeneïtat, les malalties es presenten amb alguns atributs comuns.

Les persones entrevistades presenten la malaltia mental com un fenomen que té una forta influència sobre la consciència de les persones. En moltes ocasions, les persones que estan patint un problema de salut mental no tenen *consciència de malaltia*⁴; és a dir, no s'adonen que la seva vivència de la realitat està afectada per la malaltia. Allò que s'escolta, es diu, es pensa o se sent, pot ser causat per la malaltia.

“Es la única especialidad donde se atienden pacientes⁵, aunque ellos no quieran. Entonces esto sí que es algo que no se da en ninguna otra especialidad médica. Y aquí se da porque evidentemente hay un momento donde la enfermedad puede producir una pérdida de libertad de elección del individuo, por la patología que está sufriendo en ese momento. Por lo tanto, ahí el

³ Durant tot l'informe utilitzarem majoritàriament el concepte de *malaltia mental* per tal de mantenir la fidelitat amb els relats de les persones entrevistades. Tanmateix, en ocasions utilitzarem el terme *trastorn mental*, el qual és també utilitzat en menor mesura per les persones entrevistades.

⁴ Es fa referència a allò que en llenguatge clínic es coneix com a manca d'*insight*. El terme es refereix al coneixement conscient i a la comprensió del nostre procés psicodinàmic i de les nostres conductes; es considera molt rellevant a l'hora d'assolir canvis en les conductes de la persona.

⁵ Pacient, del llatí, *patiens*: “el que suporta o pateix (mals)”

individuo queda negado de alguna forma, su capacidad cognitiva ha desaparecido, porque está totalmente mediatizada por el proceso, pongamos psicótico, que sufre.” (4:147)

És per això que aquesta definició de la malaltia mental comporta una conseqüència directa sobre la persona: la relativització del valor de la seva voluntat. És a dir, si la presa voluntària de decisions pressuposa consciència de les opcions o de la situació, aleshores la voluntat de la persona per a prendre decisions estarà afectada en els moments en què es manifesta la simptomatologia⁶. Així, la capacitat per a prendre decisions d'una persona queda posada en dubte degut al poder d'afectació de la simptomatologia. En aquest sentit, la persona perd el seu poder de decisió i per tant, perd qualsevol tipus d'autoritat, ja que es diu que no té *criteri de realitat*.

L'atribució de falta de *criteri de realitat* situa instantàniament la persona afectada en una circumstància de perill. La manca de *criteri de realitat* deguda a la simptomatologia pressuposa el *no-control* sobre les accions o les conseqüències del que pugui fer la persona. Per aquests motius, la malaltia mental pren un sentit de perill per al benestar de la persona afectada i per al seu entorn.

“Crec que això cal aclarir-ho, no? Perquè segurament hi ha una part, al menys als centres de salut mental, el 80% de la feina que estan fent ara és amb patologia no tan greu.” (3:15)

Degut a què la malaltia mental pren aquest sentit, la *presa de consciència* esdevé l'acció bàsica sobre la qual bascula tota activitat i legitimació en salut mental. **En el procés terapèutic, l'atribució d'absència o de presència de consciència de malaltia en una persona s'utilitza per a: descriure l'estat de la malaltia, caracteritzar les capacitats de la persona, atorgar-li (o retirar-li) drets legals, justificar intervencions i valorar la seva paraula.**

La demanda d'intervenció terapèutica

La irrupció de la malaltia mental suposa un dels moments més confusos per a les persones afectades, i l'arribada als serveis de salut mental no sempre es dona sota les mateixes circumstàncies.

En ocasions, les persones noten que alguna cosa està succeint, tot i que no poden explicar concretament què és. La preocupació i el malestar que genera aquesta vivència porta aquestes persones a demanar ajuda als serveis mèdics o de salut mental. En aquests casos, és la mateixa persona afectada la que es mobilitza voluntàriament per a ser tractada. Amb tot, la demanda que aquestes persones fan als serveis als quals acudeixen no pressuposa un tractament terapèutic, sinó que més aviat pretén solucionar la necessitat de donar un sentit al que està succeint en la seva vida. **Les persones que arriben als serveis de salut mental de manera voluntària ho fan amb la necessitat de saber i entendre què és el que els està passant.**

⁶ Conjunt de símptomes que presenta una malaltia o una persona malalta. En psiquiatria es fa una distinció entre la *simptomatologia productiva* associada a les al·lucinacions i els deliris i la *simptomatologia defectual* vinculada als dèficits cognitius propis del trastorn mental.

En altres ocasions, però, les persones afectades no arriben als serveis de salut mental de forma voluntària. En aquests casos, no és la persona afectada la que explicita la necessitat de saber què està succeint. L'arribada als serveis de salut mental es dona perquè alguna altra persona fa una demanda d'atenció i tractament. L'entorn, afligit per unes circumstàncies que no es comprenen i que generen un profund malestar, demanda una intervenció per tallar la violència amb què s'estan vivint els esdeveniments. **Les persones que arriben als serveis de salut mental de manera involuntària ho fan sense cap demanda terapèutica o demanant no ser intervinguts.**

“La relación que tenemos con el paciente en estos casos es un poco especial yo creo, porque muchas veces el paciente con trastorno mental severo no tiene demanda de cambio. Tú le preguntas qué quiere y dice que nada, que está bien, que quiere el alta. Entonces las demandas o son generadas por nosotros o muchas veces son demandas de compañeros. Y yo creo que la relación terapéutica está muy mediatizada por esto. Tienes que trabajar con un paciente algo que él no quiere o que él no te demanda... La relación terapéutica en principio se coge con pinzas.” (4:42)

En aquests casos, és l'entorn de la persona afectada que, davant la urgència, construeix la demanda. **La demanda de l'entorn de la persona afectada respon a una necessitat d'intervenció externa, que persegueix una contenció de les circumstàncies.** Evidentment, un cop la persona és intervinguda i arriba als serveis de salut mental emergeix una demanda de coneixement que mira al present *-què està passant?-* i al futur *-i això que suposa?-*

L'ingrés involuntari obre la gran controvèrsia ètica que englobarà tot el procés terapèutic⁷: *quin és el valor que se li atorga a la persona afectada en la presa de decisions del procés terapèutic?*

Els objectius del procés terapèutic

Per tal d'entendre les particularitats que suposa el procés terapèutic i les relacions que hi tenen lloc és necessari atendre als objectius que guien i orienten tot el procés terapèutic. En l'anàlisi dels relats es detecta un punt de partida comú entre les persones usuàries i les persones professionals respecte a quin és l'objectiu del procés terapèutic. **Tant les persones usuàries com les professionals estan d'acord en què l'objectiu del procés terapèutic és millorar la qualitat de vida de les persones que es veuen afectades per una malaltia mental.**

“Yo creo que lo importante es eso, ver que tienes una persona delante, una persona con unas cualidades que hay que rescatar. O sea, a mí no me interesa que el paciente solamente se fije en la enfermedad. Me interesa que se fije en sus áreas sanas, potenciar eso. Enseñarle evidentemente a manejarse con las áreas que no son sanas o que le hacen daño o que le perjudican o que le limitan, para que le limiten lo menos posible y siempre mirando qué hay de sano para rescatarlo.” (4:21)

⁷ “El internamiento forzoso en una institución psiquiátrica y el tratamiento involuntario atentan gravemente contra los derechos de los pacientes y sólo deberán aplicarse como último recurso cuando hayan fallado alternativas menos restrictivas”. (Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde, 2005)

Tot i que "millorar la qualitat de vida" és un objectiu molt inespecífic, en la recerca se'ns presenta un conjunt d'orientacions compartides que especifiquen el que suposa aquest objectiu. En aquest sentit, **el procés terapèutic presenta tres objectius:**

- **Recuperar les funcions i capacitats minvades per la malaltia mental.**
- **Potenciar i mantenir les àrees de la persona que no s'han vist afectades.**
- **Promoure l'autogestió de la vida de la persona.**

Així mateix, les persones professionals i usuàries també estan d'acord en què és necessària la implicació de les persones afectades en el procés terapèutic. Com s'esmenta durant tot l'informe, **el procés terapèutic incrementa la seva eficàcia quan la persona usuària participa en la presa de decisions de les intervencions en què està involucrada.**

Tanmateix, tot i que els objectius del procés terapèutic suposen la definició d'un horitzó comú al que pretenen arribar tant les persones usuàries com les professionals, es tracta d'un procés travessat per múltiples controvèrsies i conflictes. Majoritàriament, aquests conflictes tenen a veure amb l'operativització dels objectius del procés terapèutic o bé amb com aquests es posen en pràctica. És a dir, en *com* es desenvolupen aquests objectius.

Les intervencions terapèutiques basades en la contenció

En aquest apartat explicarem algunes de les característiques del procés terapèutic a partir de les intervencions que tenen lloc en els ingressos hospitalaris. Tanmateix, hi ha característiques de les intervencions terapèutiques que s'inicien en els contextos hospitalaris que aniran reapareixent durant tot el procés terapèutic.

L'arribada de les persones als serveis de salut mental suposa l'inici del procés terapèutic. Els casos en què la intervenció i l'arribada als serveis no és voluntària suposen un fort impacte. En aquests casos, els dispositius sanitaris actuen en contra de la voluntat de la persona, i aquesta els percep aleshores des d'un punt de vista coercitiu. Però mirada des de fora, la intervenció involuntària és legitimada i justificada pel fet d'atribuir-li a la persona una manca de *consciència de malaltia*; és a dir, l'acció involuntària ve determinada per la *possibilitat de perill* que s'atribueix a aquesta *no-consciència de malaltia*.

"Aquesta malaltia mira si és complexa que a vegades s'han de fer coses en contra de la voluntat de la persona, pel seu bé." (3:156)

En un inici, el procés terapèutic centra totes les seves actuacions en la malaltia mental i en els seus efectes. La persona afectada queda en un segon pla, degut a la necessitat de tractar la simptomatologia. Així, en aquests primers moments es tracta de contenir la malaltia mental. Per aquest motiu, la primera intervenció terapèutica és l'ingrés en un hospital psiquiàtric i l'administració de fàrmacs no específics. Tant el recinte psiquiàtric⁸ com els fàrmacs administrats tenen el mateix objectiu: la contenció de la malaltia i els seus símptomes. Així, a partir dels ingressos hospitalaris no voluntaris podem inferir que **el procés**

⁸ Tot i que en l'actualitat el terme *hospital psiquiàtric* s'ha canviat pel terme *Unitats d'Hospitalització Psiquiàtrica*, en aquesta recerca seguirem utilitzant el terme hospital psiquiàtric ja que aquest és el nom amb què s'hi refereixen les persones usuàries.

terapèutic es desenvolupa mitjançant una línia d'intervenció terapèutica basada en la contenció. Tant el recinte hospitalari com el tractament farmacològic estan exclusivament estructurats i pensats a partir dels símptomes de la malaltia mental i del perill que aquests poden comportar. La resta són factors secundaris que es tractaran posteriorment.

“El problema és que moltes vegades la contenció física és la primera que es dona i ja està. Jo trobo que això passa molt als psiquiàtrics.” (1:274)

Aquesta contenció institucional i farmacològica també té un altre efecte significatiu: l'anul·lació de tota activitat de la persona; la voluntat de la persona queda sotmesa, anihilada i reclosa per les parets de la institució i pels efectes dels fàrmacs. En aquests casos, el procés terapèutic s'inicia amb l'anul·lació de qualsevol possibilitat d'acció de la persona. S'entén que mentre la persona estigui sotmesa la simptomatologia no podrà governar les seves accions.

Per ser més precisos, els efectes de les pràctiques terapèutiques que es desenvolupen en aquest moment ens mostren que no es diferencia allò que és la *persona* d'allò que és la *malaltia mental*. En aquest sentit, la persona passa a ser, senzillament, un habitacle en el qual la malaltia mental s'expressa a partir dels símptomes. En aquests moments, la resta d'atributs i característiques de la persona queden diluïts; de fet, és el propi concepte de *persona* el que queda diluït. **Els efectes de les pràctiques de contenció ens mostren que en un moment inicial, l'objecte terapèutic és la malaltia, de manera que la intervenció es realitza sense considerar cap altre aspecte de la persona.** La institució psiquiàtrica redueix la persona a símptomes classificables per la mirada mèdica i, simultàniament, la reclou per mitjà de les parets institucionals i de l'efecte dels fàrmacs.

Aquesta qüestió explica perquè les persones entrevistades no relaten cap mena d'intervenció orientada a la persona en l'inici del procés terapèutic. De la mateixa manera, la persona afectada mai no rep explicacions del procediment al qual es veurà sotmesa en el moment en què és ingressada. La persona ingressada no rep informació respecte al seu estat ni respecte al perquè de les intervencions que se li apliquen. Així mateix, no hem detectat cap relat que consideri l'hospital psiquiàtric com un lloc adequat per a mantenir-hi una estada confortable o acollidora mentre es rep el tractament.

En aquest sentit, un hospital psiquiàtric no tindria com a objectiu recuperar la persona, sinó que el seu objectiu és la contenció de la malaltia mental i possibilitar unes condicions i uns temps adequats per poder iniciar la diagnosi de la malaltia mental. Com comenten les persones entrevistades, la mateixa estructura de la institució psiquiàtrica predisposa que tota intervenció es basi en la contenció; la normativa, els protocols i l'estructura arquitectònica no donen marge de maniobra per actuar lliurement i totes les accions, els temps i els espais estan fortament normativitzats.

“Que a mi també m'ingressen tres mesos a una unitat com la nostra de subaguts, que em donen de menjar tres vegades al dia iestic a un sofà i jo també acabo, entre cometes, deteriorat.” (3:81)

En aquests moments i context, el primer és la prevenció de la salut de la persona, per tal d'evitar les possibles conseqüències negatives, encara que això suposi anular la mateixa persona. Aquesta és la primera de les paradoxes del procés terapèutic: **en el moment de**

l'ingrés, l'actuació pel benestar de la persona suposa que aquesta no tingui capacitat d'acció. En aquest moment, el benestar es construeix de manera oposada a la voluntat. De fet, es tendeix a ressaltar que la falta de *consciència de malaltia* impedeix poder donar un cert marge d'acció a la persona més enllà de la seva contenció.

Les intervencions terapèutiques basades en el coneixement

Un cop continguts els símptomes de la malaltia, el següent pas passa per aïllar i classificar la malaltia; és a dir, cal construir un diagnòstic. Així, a partir de la intervenció psiquiàtrica podem inferir que **el procés terapèutic es desenvolupa mitjançant una línia d'intervenció terapèutica basada en la construcció de coneixement.** L'elaboració d'un diagnòstic permetrà dissenyar un tractament farmacològic específic per a l'afecció de la persona.

“Bueno, el diagnòstic deu ser necessari, no? Suposo que sí. Tenen que posar un diagnòstic per parlar d'alguna manera, no? Suposo això, no? Tindre el pacient a dins del lloc i llavors, a partir d'aquí, doncs treballen amb els seus tractaments.” (6:75)

El diagnòstic és l'eina fonamental per iniciar, per una banda, el tractament sobre la malaltia mental i, per l'altra, el tractament sobre la persona. El diagnòstic dona un nom a la malaltia mental; i en anomenar-la, la *separa* de la persona. En aquest sentit, el diagnòstic és la pràctica psiquiàtrica de donar entitat pròpia a la malaltia mental. És a dir, la malaltia queda delimitada, en tant que se n'han determinat les seves característiques. **En el marc del procés terapèutic, i com a producte del diagnòstic, la malaltia mental adquireix entitat pròpia independent de la persona que la pateix.** Aquesta pràctica de delimitació és la que permet iniciar el tractament sobre la malaltia mental i sobre les causes del malestar que viu la persona afectada.

Així, gràcies al diagnòstic es pot continuar desenvolupant el procés terapèutic. Per una banda, la línia d'intervenció terapèutica basada en la contenció s'anirà orientant cap a la malaltia mental i la seva simptomatologia. Per una altra banda, s'iniciarà una línia d'intervenció terapèutica basada en la recuperació de la persona. Per tant, **el diagnòstic dona sentit a les accions que tenen lloc en el procés terapèutic i ordena el seu desenvolupament.**

El diagnòstic: l'eclipsi de la persona

El diagnòstic suposa que la malaltia mental adquireixi una entitat pròpia i, per tant, suposa la possibilitat de separar o delimitar el que és la *persona* i el que és la *malaltia*. D'aquesta manera, les institucions sanitàries i les persones professionals poden tractar específicament la malaltia mental a partir del diagnòstic. Amb tot, **els contextos hospitalaris i les pràctiques que hi tenen lloc tendeixen a focalitzar la seva acció exclusivament en la malaltia mental.** El saber d'aquestes institucions i professionals se centra en el seu objecte de treball: la malaltia mental i els seus símptomes.

A més a més, en aquests contextos, la malaltia mental es defineix com una entitat que afecta la consciència de la persona i la seva relació amb la realitat. La persona té una forma especial de relacionar-se amb el seu entorn, en tant que està afectada per una malaltia. Un cop se li

atorga entitat pròpia, la malaltia mental és l'element que explica la relació de la persona amb la realitat. És la malaltia la que determina allò específic de la persona: la seva conducta, la seva percepció o els seus pensaments. De fet, és precisament la malaltia mental la que justifica l'ingrés i tractament de la persona que la pateix. És per aquests dos motius -la malaltia com a objecte de treball i la malaltia com a legitimació de l'acció terapèutica- que **en els contextos hospitalaris la malaltia mental es defineix com un atribut fonamental de la persona.**⁹

"Y siempre digo lo mismo cuando se presentan Soy un esquizofrénico, siempre digo: Eres una persona que tienes una enfermedad que se llama así." (4:15)

Per això, la relació entre la persona i la malaltia mental es relata amb el verb ser, com per exemple, *aquesta persona és un esquizofrènic*. En aquests casos, la malaltia mental, tot i ser una entitat per si mateixa, no es diferencia de la persona. La malaltia mental passa a ser l'atribut de la persona que ens explica qui és aquesta. És a dir, es genera una sinècdope¹⁰ perversa per la qual una condició o un atribut es considera com a la totalitat de la persona.

En els contextos hospitalaris són una minoria els relats que li donen un altre sentit a la relació entre la persona i la malaltia: aquesta persona *té, porta* o *pateix* una esquizofrènia. En aquests relats, els verbs que vinculen a la persona i la malaltia mental estableixen una distància entre la persona i la malaltia mental. Aquests relats són més comuns en els contextos i en les intervencions terapèutiques centrades en la persona, ja que és aquesta persona l'objecte i la raó del treball que hi té lloc.

Així, l'efecte d'aquesta atribució ens porta a parlar de l'estigma.¹¹ **La persona, com a usuària dels serveis sanitaris en salut mental i de la medicació, està definida exclusivament a partir de la malaltia mental.** Altres atributs, com el nivell educatiu, la posició familiar o la ciutadania, entre molts d'altres, queden diluïts degut a la relació que s'estableix entre la malaltia i la persona en els contextos hospitalaris.

Les dinàmiques que tenen lloc en els contextos hospitalaris creen les condicions bàsiques de l'estigma social. En aquest context, la persona usuària queda definida en relació a la malaltia mental. Això provoca que s'arrelhi la malaltia com l'atribut des del qual es defineix a la persona en tot moment. Paral·lelament, s'atribueix a les persones usuàries una manca de *consciència de realitat* i del perill que això suposa. A més, com que el tractament acostuma a ser prolongat, les condicions bàsiques de l'estigma continuen funcionant més enllà del context hospitalari. D'aquesta manera, les condicions bàsiques de l'estigma van més enllà de les parets del psiquiàtric.

⁹ Atribut: qualitat o manera d'ésser considerada com a pròpia d'algú o d'alguna cosa.

¹⁰ Sinècdope: figura retòrica que consisteix a estendre o restringir el significat d'un mot, prenent el tot per a la part o la part pel tot, el gènere per l'espècie o l'espècie pel gènere, etc. (IEC)

¹¹ "El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo. (...) Los atributos duraderos de un individuo en particular pueden convertirlo en un estereotipo; tendrá que representar el papel de estigmatizado en casi todas las situaciones sociales que le toque vivir, y será natural referirse a él, tal como lo he hecho, como a un estigmatizado cuya situación vital lo ubica en contraste con los normales." (Goffman, E. 1963: 12 i 160)

Tinguem en compte, però, que són tant les persones professionals com les mateixes usuàries les que sostenen i reproduïxen aquestes pràctiques. Per tant, considerem necessari repensar tant el paper de la persona professional com dels i les usuàries per reduir els efectes estigmatitzants que acabem d'explicar.

La no-malaltia

Un altre element dels contextos sanitaris que participa en l'entramat de relacions que constitueix l'estigma social és la definició majoritària que es fa de la salut mental. **La salut es defineix com a absència de malaltia.** Així, la salut s'entén com l'estat de *no-malaltia* de la persona. Salut i malaltia queden definides com dos pols, com una dicotomia sense punts mitjos: o s'està sa o s'està malalt. Aquests dos pols, salut i malaltia, serveixen per explicar o argumentar les nostres relacions i les nostres accions.

“¿La salud mental? Yo creo que viene muy apreciada por evitar el sufrimiento personal... Y después que habrán los menoscabos. Los menoscabos social, laboral y todo eso. En el momento que no hay menoscabo y no hay sufrimiento pues hay salud mental, pero que volvemos a definirlo en negativo porque lo estamos definiendo siempre desde la enfermedad.” (4:3)

Sota aquesta dicotomia, les persones usuàries es veuran sempre explicades des de la malaltia, la qual, com hem vist, es constitueix com un dels seus atributs fonamentals. La felicitat, el benestar o l'autorealització en les persones usuàries queden excloses de la definició de salut, doncs són estats poc rellevants per a la dicotomia salut/malaltia. Si hi ha una atribució de malaltia, la resta d'elements de salut queden minimitzats. De fet, ja no és una persona que *es troba* malalta en un moment determinat, sinó que *és* un malalt.

En aquesta línia, les intervencions que es donen en el procés terapèutic també es veuen influenciades pel sentit que se li atorga a la salut. Les intervencions basades en la recuperació o l'empoderament (conceptes que trenquen la dicotomia salut/malaltia) queden en un segon pla si s'entenen a la salut només com absència de malaltia.

La medicació: entre la contenció i el coneixement

Els fàrmacs són l'eina encarregada de fer la contenció de la malaltia mental. Així, un cop delimitada la malaltia mental, s'inicia l'administració de fàrmacs específics per eliminar o controlar la simptomatologia. Idealment, si la simptomatologia queda continguda i controlada la persona afectada no es veurà sotmesa a la seva influència. Per tant, la medicació és definida com un recurs necessari en el marc del procés terapèutic. Com es desprèn de l'anàlisi dels relats, **les persones usuàries i les persones professionals consideren que la medicació és una peça necessària per a la recuperació de la qualitat de vida de les persones.**

“A veces no es tan importante la medicación, que es mucho, sino de qué manera el psiquiatra la administra, hace los cambios, qué relación tiene con el paciente, ¿no?” (1:90)

Tanmateix, una de les controvèrsies més fervents del procés terapèutic fa referència a la medicació i als seus efectes. Tot i que en cap cas es posen en dubte els beneficis que

comporta la medicació, com veurem a continuació, sí que es manifesta l'existència d'un conflicte respecte a la seva administració i respecte als seus efectes.

La profecia autocomplerta

L'administració de la medicació generalment no va acompanyada de comportaments i accions informatives que donin a entendre quin és el sentit de la seva prescripció. Així, habitualment les persones psiquiatres no expliquen a les persones afectades el perquè són necessàries unes dosis, una regularitat o un canvi de fàrmac. En aquesta línia, no aporten explicacions sobre el marge d'acció que pot tenir la medicació ni sobre els possibles inconvenients que es poden trobar les persones en el seu ús; ni, és clar, sobre com tractar de solucionar-los. De fet, la relació que té lloc en les consultes gira al voltant de la simptomatologia i de la medicació, i no s'implica a la persona en el procés de control de la simptomatologia.

“Voy al psiquiatra y le pido, por favor, que recibo todo el medicamento, que por qué es eso. No me dice el porqué, no me da explicaciones de cada pastilla para qué es, y no sé. Y yo la última visita le dije: *Mire doctora, venir aquí es como ir al cine y ver siempre la misma película. Y ahora me tengo que ir como siempre, como siempre.*” (9:20)

La medicació pren un sentit d'imposició quan la persona usuària no rep explicacions respecte a la seva administració, més enllà de les seves instruccions d'ús (posologia). En aquests casos és quan es poden donar més pràctiques d'abandonament o de negació de la medicació. De fet, la medicació passa a ser l'eina en la que es mostra la disputa o el conflicte entre la persona usuària i la professional. La medicació queda *instrumentalitzada* en una lluita de poder que es desencadena en el moment en què apareix la qüestió de la *imposició*. En aquests casos, el psiquiatre és la figura que *cosifica* la imposició que viu la persona i la medicació és el vincle a través del qual es manifesta la imposició.

“A mí hace poco me cambiaron la medicación y yo me siento mareado, con ansiedades. No me va bien. Yo lo sé, ¿no? Yo he hablado con el psiquiatra: *No, es que el tratamiento al cabo de un mes. Un mes... pues vale, un mes. ¡Pero es que llevo ya tres meses! A mí la otra medicación me iba bien. A mí me controlaba, no tenía ansiedad, me controlaba todo. A la tarde me iba muy bien. Y desde que he empezado con estas nuevas, no. Y por más que lo diga uno, si resulta que después no. Pero a mí me ha salido muy mal. Y que me espere.*” (9:40)

Per contra, sembla ser una constant que les persones usuàries que tenen més informació, que més i millors detalls poden donar respecte de la medicació, són, al mateix temps, aquelles que valoren més positivament la tasca dels i les psiquiatres. **La medicació pren un sentit d'utilitat i necessitat quan la persona usuària està informada i compromesa en la seva administració.** La medicació ja no és l'objecte de la disputa o del conflicte; ans el contrari, la medicació esdevé l'element vinculant de la relació entre la persona usuària i la professional per tractar la malaltia.

L'experiència de la persona usuària pot actuar doncs com un element valoratiu de primer ordre a l'hora de dissenyar el tractament farmacològic adequat per a evitar la manifestació dels símptomes. De fet, **la paraula de la persona usuària és, probablement, el mitjà**

més segur per a conèixer bona part dels efectes de la medicació.¹² Considerar o no l'experiència de la persona usuària actuarà com a un element rellevant a l'hora de determinar el sentit que pren la medicació.

Els danys col·laterals

L'altre conflicte que envolta a la medicació té a veure amb els efectes secundaris. En ocasions, la medicació provoca un conjunt d'efectes que van més enllà dels propis de la contenció de la simptomatologia. L'ús d'aquests fàrmacs comporta l'emergència d'un conjunt d'efectes secundaris que suposen una gran influència i distorsió en la vida quotidiana de les persones que els prenen. Les persones usuàries relaten que molts d'aquests efectes secundaris no els permeten desenvolupar la seva vida ni atendre a les seves responsabilitats. En aquest sentit, es recalca que **els efectes secundaris de la medicació poden ser tan incapacitadors per a desenvolupar-se en la societat com la mateixa simptomatologia.**

"Supongo, yo para mí, que es la medicación, que nos deja tan aplanados, tan agotados, tan idiotizados, que no servimos para nada. O servimos la mitad o menos de la mitad de lo que éramos antes." (8:129)

Les demandes de les persones usuàries respecte a la medicació i a la seva adequació es fonamenten en les seves pròpies vivències i en els problemes afegits en el desenvolupament de les seves relacions socials. Des de la posició de les persones usuàries es reclama que es tinguin en compte les seves necessitats socials, laborals, familiars o formatives en el procés terapèutic. Per contra, la figura del professional en psiquiatria es guia pels objectius terapèutics i per les necessitats que es deriven d'aquests. Normalment, la contenció de la simptomatologia se sobreposa a les necessitats vitals de les persones usuàries que hem esmentat.

Des d'una perspectiva mèdica, l'atenció a aquestes necessitats socials pot alterar el control que es té sobre la simptomatologia; fet que és percebut com un perill. Dit d'una altra manera, la persona psiquiatra prefereix controlar els símptomes de la malaltia mitjançant la medicació i la posologia abans que controlar els efectes secundaris perquè la persona afectada pugui atendre a les seves necessitats socials. Des de una perspectiva clínica, els efectes secundaris no comporten el mateix perill que la simptomatologia de la malaltia mental. Així, per a la figura psiquiàtrica es preferible mantenir el control de la simptomatologia de la malaltia encara que això suposi que la persona usuària no pugui atendre a les seves necessitats socials. **Es canvia la simptomatologia de la malaltia mental per la simptomatologia dels fàrmacs.** Evidentment, aquesta diferència és molt significativa en termes de control terapèutic. Els efectes produïts per la medicació són menys conflictius per a la pràctica clínica doncs aquests es controlen mitjançant la naturalesa del fàrmac i la seva posologia.

¹² Idea defensada pels estudis CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), dissenyats per avaluar l'efectivitat dels diversos antipsicòtics que hi ha al mercat, i que integra l'opinió tant de l'usuari com del metge vers a com funciona el fàrmac, la seva seguretat i la tolerabilitat que els pacients presenten al tractament. Publicat a: The American Journal Of Psiquiatria, 1 d'Abril de 2006. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/search?sortspec=relevance&journalcode=ajp&fulltext=CATIE>

“La persona tiene que valorar si merece la pena el sufrimiento que está teniendo con la medicación o el sufrimiento que tiene sin medicación. Y entonces esto es lo que ha de tratar con el médico. Esto se habla continuamente. Porque lo que tienes es miedo del abandono. Que el abandono es muy frecuente en nuestra área de trabajo con la medicación.” (4:97)

Tanmateix, aquesta diferenciació no és gens significativa per a la persona usuària, la qual continua sense poder desenvolupar la seva vida amb normalitat. En prendre medicaments, possiblement la persona usuària no es trobi en una situació de perill, atès que la simptomatologia de la malaltia està controlada. Tanmateix, en aquesta circumstància, el perill ha estat reemplaçat per la pèrdua de la voluntat i la llibertat per a prendre decisions. De fet, **sota aquestes circumstàncies, l'únic espai de decisió que se li obre a la persona usuària és el rebuig a les mesures imposades; l'única elecció tàcita que li queda és no prendre la medicació i atènyer-se a les conseqüències.** El fet de no atendre les necessitats de la persona usuària i de negar arguments o explicacions que ho justifiquin augmenta la sensació d'imposició del tractament sobre la persona usuària. Aquesta qüestió maximitza encara més el conflicte que es pot donar en les consultes psiquiàtriques i en les seves consignes terapèutiques.

“Uns efectes secundaris de l'Aloperidol espantosos. A la gent li afectava de diferent manera. El que a mi em va passar, concretament, va ser que se m'agarrotava el coll, no? I se'm girava el cap, gairebé com si fos la nena de l'exorcista. O sigui, em feia una cosa... I bueno, els infermers, el personal sanitari... diguem menys instruït d'allà de l'hospital, no sabien ben bé com tractar això dels efectes secundaris. Un infermer es pensava que jo feia allò com si fos propi de la meva enfermetat. I no tenia coneixença de que allò eren efectes secundaris. Eren efectes extrapiramidals¹³ de l'Aloperidol.” (6:82)

El conflicte respecte els efectes secundaris de la medicació també és relatat per altres persones professionals que treballen sobre els aspectes psicosocials de la persona usuària. L'aprenentatge d'habilitats socials, de recursos cognitius o d'hàbits d'higiene es pot veure alentit o minvat pels efectes de la medicació. En aquest sentit, **en el marc del procés terapèutic emergeix un conflicte entre les línies d'intervenció terapèutica basades en la contenció i les línies d'intervenció terapèutica basades en la recuperació de la persona.** Aquest conflicte s'explicita amb més força quan atenem a les necessitats de reinserció sociolaboral d'algunes persones usuàries. La medicació pot suposar un fre per al desenvolupament d'un itinerari d'inserció.

Així, sembla necessari obrir espais de debat i diàleg per a repensar l'actual conflicte, actualment sufocat per l'estructura de valors i jerarquies que domina el procés terapèutic. Els criteris mèdics, portadors del valor de la salut, es prioritzen als criteris psicosocials, portadors del valor de benestar.

Les intervencions terapèutiques basades en la recuperació

A mesura que el tractament psiquiàtric dona els seus fruits, la persona és traslladada a d'altres institucions sanitàries. És en aquest canvi d'institucions quan es comencen a introduir

¹³ El sistema extrapiramidal està constituït per un conjunt de vies nervioses que intervenen en el comportament motor involuntari.

noves línies d'intervenció terapèutica. Aquestes intervencions terapèutiques realitzen una doble tasca. Per una banda, el treball terapèutic consisteix en explicar a la persona quina és la seva situació actual i en adherir-la al criteri d'actuació terapèutic que s'està desenvolupant. En aquest sentit, els primers elements que es treballen són la *consciència de malaltia* i la necessitat del tractament farmacològic per a contenir la simptomatologia. **El procés terapèutic necessita que la persona accepti la seva situació.** Aquesta qüestió és constantment remarcada des de la institució sanitària a través de les normatives, els protocols i els rols professionals.

“La situació és nova, és diferent, hi ha algunes diferències i ha de tornar a adaptar-se a totes aquestes coses, no? el millor que pugui, reconstruint, reestructurant, recuperant o començant de nou amb coses que no ha fet mai, però adaptant-se a aquesta nova situació que hi ha i que han de viure. Començant per acceptar-la.” (3:41)

Per una altra banda, el treball terapèutic consisteix en recuperar les habilitats i funcions que la persona ha vist minvades. En aquest sentit, es realitzaran un conjunt d'activitats per a què la persona torni a recuperar la seva autoestima, els seus hàbits o les seves habilitats socials. En aquest treball és imprescindible que la persona usuària sigui proactiva en el seu procés de recuperació. **Tant les persones usuàries com les persones professionals consideren necessàries i útils les intervencions que es centren en la potenciació de les habilitats i els recursos de la persona.**

La paraula com a eina

Les persones usuàries necessiten entendre què implica viure amb l'experiència de la malaltia mental, i **la psicoteràpia es presenta com l'espai terapèutic adequat per a treballar la situació que viu la persona un cop se li ha diagnosticat una malaltia.** La psicoteràpia ofereix una instància en què es treballa sobre la paraula de la persona usuària, i en aquest context, la vivència de la persona és l'epicentre de la relació.

Així, aquest espai permet que la persona usuària construeixi una posició per a situar-se davant la malaltia mental i les conseqüències que aquesta pugui tenir en la seva vida. Tanmateix, aquesta posició ja no està determinada pel context institucional i les seves normatives. Un espai psicoterapèutic ha de permetre que la persona s'apropii del sentit i el significat d'allò que li succeeix. Per tant, aquest espai incorpora una gestió del malestar i les angoixes que no es basa en els fàrmacs. En aquest espai, la gestió es basa en l'adquisició d'uns recursos cognitius que la persona podrà utilitzar en el desenvolupament de la seva vida quotidiana. Aquest espai encara és més rellevant si atenem al valor que se li ha donat a la paraula de la persona usuària durant l'inici del procés terapèutic.

“Per això de poder ser escoltat. Que pot ser que necessitis que t'escoltin, de vegades. Perquè hi ha moltes coses que necessites treure-les. De poder explicar el que vius.” (7:65)

En el context psicoterapèutic, la paraula de la persona no és interpretada com un símptoma de la malaltia mental. En aquest espai, la paraula és el mitjà des del qual es realitza un treball sobre la malaltia. En aquest sentit, la psicoteràpia pot ser una eina fonamental per a què la persona usuària pugui construir una posició davant el procés terapèutic. És a dir, la

psicoteràpia esdevé un espai que permet que la persona pensi sobre la seva recuperació, i introdueixi mica en mica les seves decisions i demandes en el mateix procés terapèutic.

Així mateix, les persones professionals també fan demandes respecte als espais en què es treballa a partir de la paraula. **Les persones professionals demanen la creació d'espais de suport orientats a la supervisió professional i a la teràpia per als terapeutes.** Es considera necessari optar a espais que permetin repensar la pròpia tasca professional i que permetin tractar les vivències que es desprenen de la funció professional.

"Si tu fas una funció dintre de la salut mental, aleshores això suposa que tu escoltes el patiment de la persona que tens davant. I això és difícil, és dur. Perquè ens confrontem amb patiments molt extrems, no? I és difícil de suportar, és difícil d'acceptar la impotència, l'angoixa que et desencadena també el que t'explica aquella persona, la manca de recursos, moltes vegades, i de confrontar-te també amb situacions que són irresolubles és dur també, no? Sempre hi ha, com ho diu? Un nivell d'ansietat inevitable." (2:78)

Per una banda, els espais de suport interprofessional poden contribuir a la millora del procés terapèutic, en tant que ajuden a introduir una mirada professional externa que pot ajudar a resoldre els conflictes o els dubtes que apareixen en l'acció terapèutica. Aquests espais poden incorporar una mirada professional des de la distància, permetent trencar les inèrcies institucionals que limiten la intervenció terapèutica. El suport extern és una manera de triangular la presa de decisions professionals: la persona professional consulta l'equip del seu recurs i consulta una persona externa al recurs.

Per una altra banda, els espais de suport poden estar orientats a oferir psicoteràpies per a les persones professionals. Com hem vist al llarg de l'informe, el treball amb persones afectades per una malaltia mental no és una tasca gens fàcil. El patiment i les conductes de les persones afectades poden suposar un fort impacte emocional o psicològic per a les persones que les atenen. En aquest sentit, la malaltia mental pot confrontar la persona professional amb si mateixa degut a les decisions o a les actuacions que es desenvolupen en els contextos institucionals. En d'altres casos, la persona professional necessita conciliar l'encàrrec professional que li fa la institució amb les actuacions o el rol professional que se li demanda des de la persona afectada.

La distància i la proximitat

Un altre element que genera controvèrsies en el procés terapèutic és la distància i la proximitat professional en la relació terapèutica. **Les intervencions terapèutiques basades en la contenció i en la producció de coneixement parteixen de la distància i l'autoritat professional.** Les accions de contenció estan legitimades per un coneixement expert que opera des de la distància. Les persones professionals encarregades de desenvolupar tasques de contenció actuen des d'una posició d'autoritat institucional. En aquests casos, les figures professionals són les portadores del saber expert i les encarregades de dur a terme les consignes que estableix el procés terapèutic. La relació d'autoritat amb la persona usuària estableix una distància de jerarquies i rols. La bata blanca, els uniformes o els despatxos són representacions materials d'aquesta distància basada en l'expertesa o l'autoritat.

Per una altra banda, l'anàlisi dels relats mostra que **les intervencions terapèutiques basades en la recuperació de la persona parteixen de l'aproximació professional a les necessitats de la persona usuària**. Les accions de recuperació necessiten de la proximitat de la persona usuària per a què el saber professional pugui operar. Les tasques de recuperació es basen en l'aprenentatge que ha de realitzar la persona usuària i en l'orientació que li dóna la funció professional.

Tanmateix, hi ha contextos o moments en què les intervencions terapèutiques basades en la contenció o en la recuperació conviuen. De la mateixa manera, en alguns moments del procés terapèutic es passa d'un context basat en la contenció a un context basat en la recuperació. Aquests canvis de tendència terapèutica tenen els seus efectes en les persones usuàries.

Les persones usuàries declaren una sensació de millora quan inicien la seva participació en les línies d'intervenció basades en la recuperació. El mateix fet de sortir d'un context i d'unes pràctiques terapèutiques basades en la contenció ja suposa un canvi pel benestar de la persona. Com a conseqüència d'aquest canvi, el procés terapèutic s'aproxima a les expectatives de les persones usuàries quan s'inicien les pràctiques de recuperació; les relacions socials o l'aparició d'activitats quotidianes com la cuina, l'art o l'esport tenen un lloc en el procés terapèutic. Per aquest motiu, la persona usuària viu una mena d'alliberació com a efecte del canvi en les línies d'intervenció terapèutiques.

Tanmateix, amb aquests canvis es dóna una situació complexa per a la persona usuària. Participar en intervencions de recuperació suposa que la persona usuària prengui decisions, fet que en les intervencions de contenció estava totalment exclòs. **Recuperar el poder de decisió resulta una tasca controvertida per a les persones usuàries després d'haver estat immerses en els efectes de la simptomatologia i de les intervencions de contenció.** La manera en què una persona s'entén a si mateixa es veu fortament interrogada durant tot el procés terapèutic. Durant aquest procés terapèutic la persona usuària es veu contraposada a grans interrogants que afectaran a la seva identitat i a la seva capacitat d'acció: *Què ha passat? Què tinc? Com afectarà tot això a la meua vida? Per què no puc fer això? Per què puc fer allò?*

"A veure si ho explico bé per a què no mal interpreteu. Vénen de serveis tan diferents al nostre amb el tema de la relació que tenen amb els professionals, que quan arriben aquí i veuen aquest ambient tan distès, com que se senten massa alliberats, a vegades. No tots, perquè la majoria ho agraeixen, però hi ha gent que de cop i volta se senten massa lliures. Veuen que no portem bata blanca, que som propers. Hi ha gent que no ho saben portar bé això." (10:209)

Passar d'un context en què tot està normativitzat i protocolaritzat a un context en què la mateixa persona ha de decidir quin és o pot ser el següent pas pot suposar un abisme. De fet, un dels problemes que es detecta en les intervencions de recuperació és la *no demanda* de les persones usuàries i les inèrcies del funcionament basades en l'autoritat. La persona usuària es posiciona de manera passiva davant les persones professionals, reproduint les relacions d'autoritat de contextos anteriors.

En sentit contrari, un dels efectes d'aquesta aproximació professional pot ser la confusió de rols. És a dir, com a efecte de la proximitat i dels canvis en el sentit del procés terapèutic la

persona usuària pot confondre el *rol professional* amb el *rol d'amic*. Aquest fet pot suposar un conflicte en la relació terapèutica, ja que la persona usuària inicia un procés de creació de demandes d'amistat mentre que la persona professional respon a actuacions terapèutiques o professionals. Per tant, és necessari destinar un temps a la construcció i delimitació del vincle afectiu que es dona en cada context; qüestió íntimament relacionada amb l'aprenentatge de nous rols, amb els quals desenvolupar-se adequadament en una circumstància nova. **Cal que en cada context terapèutic s'explicitin i es treballin les expectatives i les motivacions de les persones usuàries i les persones professionals.**

L'acció terapèutica i la presa de decisions

Les intervencions basades en la recuperació de la persona, tot i ser valorades molt positivament, també comporten conflictes en les relacions terapèutiques. Tot i que en aquesta línia d'intervenció es treballa des de la proximitat, es poden donar casos en què l'aprenentatge està fortament influenciat per una mirada preventiva i *paternalista*.

"Y lo que noto es que ya te remarcan "Cuidao estás enfermo". "Porqué cuidao, tú no puedes trabajar". "Porque cuidao, tienes que ir a poco a poco". Claro, y a más "Cuidao, no hagas esto". "Cuidao, no te bebas una coca-cola". "Y cuidao esto y tal que cual". ¿Y al final pa' qué? Al final no te sirve de nada. ¿Qué he conseguido? No he conseguido trabajo, no he conseguido estudiar, no he conseguido nada. No he conseguido nada de nada. Y lo que critico, es que te recalcan demasiado que estás enfermo, que estás enfermo, que estás enfermo. Que si tú eres un esquizofrénico, que si tienes estos síntomas, que si no se qué y... Vamos, eso tampoco es." (9:75)

Aquesta mirada es manifesta clarament en totes aquelles activitats que suposen una presa de decisions, sota l'argument que les conseqüències poden comportar una frustració per a la persona usuària. En aquest sentit, l'acció professional intenta evitar *l'assaig i l'error* com a via d'aprenentatge. Des d'una posició paternalista, la possibilitat d'error pren un sentit de risc, que pot interpretar-se com a perill, en tant que la persona pot veure frustrades les seves expectatives.

Tanmateix, tot aprenentatge basat en la presa de decisions comporta un cert grau de risc i, per tant, la possibilitat que les conseqüències determinin que la decisió presa ha estat un error. En aquest sentit, l'aprenentatge paternalista es basa en l'encert i en la seguretat per encertar. Per contra, **un aprenentatge basat en l'autonomia obre un espai al risc; l'error és part del mateix procés d'aprenentatge.** En aquest sentit, caldria entendre i incorporar els errors com a part del procés d'autonomia. L'autonomia suposa que la persona crea el seu propi criteri per a prendre decisions, encara que pel camí es cometin errors. La creació de criteri i la possibilitat de desenvolupar-lo són accions que empoderen¹⁴ la persona. Evidentment, cal un acompanyament i un suport per a què aquest procés d'autonomia i empoderament es vagi incorporant.

¹⁴ *Empoderar* significa donar autoritat, delegar poder i desenvolupar capacitats per a l'assumpció d'autonomia. Per *poder* s'entén aquí la capacitat d'assolir objectius, d'obtenir els recursos necessaris i d'actuar autònomament. La *persona que empodera* parteix de la premissa que la *persona empoderada* utilitzarà l'autoritat i l'autonomia que se li transfereix de forma racional, i que anirà aprenent dels errors que vagi cometent. La *persona empoderada* se sentirà motivada vers el seu desenvolupament personal i vers l'acció, la qual cosa implicarà una millora en les seves expectatives en el procés terapèutic. La *persona empoderada* assumirà que les seves accions i decisions rebran un acompanyament en forma de suport. (Spora, 2008)

Així, en les intervencions de recuperació es pot donar una altra paradoxa del procés terapèutic: **les intervencions terapèutiques basades en la recuperació d'autonomia de la persona usuària poden tenir l'efecte contrari quan la seva pràctica implica la negació del risc i la possibilitat de l'error.**

En definitiva, la pèrdua d'autonomia de les persones usuàries no pot ser atribuïda exclusivament als efectes de la malaltia. **El grau d'autonomia i la seva pèrdua també es produeixen com a efecte de les intervencions terapèutiques del procés terapèutic.** Tant la contenció com la recuperació poden produir efectes contraris als objectius del procés terapèutic. És més, en el procés terapèutic aquesta pèrdua d'autonomia pot ser progressiva. És a dir, a mesura que s'aprèn a desenvolupar-se dins d'aquest circuit sanitari i assistencial, és més difícil sortir-se'n i recuperar la capacitat de decisió.

On és la meva parella?

El *discurs comunitari* està cada cop més present en les institucions i el col·lectiu de professionals, cosa que es valora molt positivament, tant per part de les persones usuàries com de les professionals. El tractament i la recuperació en salut mental s'ha anat desplaçant fora dels centres psiquiàtrics, entenent que per a normalitzar una situació conflictiva és necessari introduir graus de llibertat i contacte amb la comunitat de la qual es forma part. Tanmateix, es detecta un conflicte entre allò que és diu en el discurs comunitari i allò que succeeix en les institucions sanitàries.

La constant protocolarització i normativització que es genera en els diferents contextos terapèutics segueix reduint la llibertat de decisió i circulació de les persones usuàries. Les estructures institucionals i les seves pràctiques, tot i que estan molt lluny de la rigidesa de l'hospital psiquiàtric, segueixen sustentant la intervenció terapèutica en la disciplina i el control de les persones usuàries. I és clar, de retruc, això també afecta a les persones professionals i a la seva capacitat d'acció.

El discurs comunitari en salut mental es contraposa amb les pràctiques de control i disciplina que constitueixen el procés terapèutic. Podem dir que les pràctiques institucionals no han incorporat en els seus protocols i normatives les concepcions d'autonomia o empoderament de les persones usuàries. *Com hauria de ser una unitat psiquiàtrica o un centre de dia des del punt de vista d'una persona que n'és o en va ser usuària? La construcció i l'estructura interna dels serveis sanitaris contempla la veu de les persones que en fan ús? Si parlem d'una salut mental comunitària, no hi hauria d'haver una participació de les persones usuàries o exusuàries en el disseny del teixit assistencial?*

"Al centro de día a donde voy hicimos una pareja. Un chico y yo hicimos una pareja. Y al cabo del tiempo, no demasiado tiempo, hablé conmigo la directora y dijo que no se estaba permitido hacer parejas en el centro de día, porque habían encontrado evidencias muy negativas, y que se tendría que ir uno de los dos. O él o yo. En este caso se fue él." (9:95)

Un clar exemple d'aquest conflicte és la delimitació de les relacions que poden establir les persones usuàries entre elles. Sembla que en certs contextos institucionals no és possible que dues persones usuàries del mateix esdevinguin parella. La normativització no recau sobre el

fet de poder o no poder tenir parella, sinó sobre el fet que dos membres d'una mateixa parella comparteixin el mateix recurs. Aquest fenomen és el que s'anomena *efecte NIMBY*.¹⁵ En aquest sentit, **hi ha institucions que s'expliquen a si mateixes a partir d'un discurs comunitari (*promoció de la socialització i normalització de la vida de les persones usuàries*) però que no practiquen aquest discurs en l'interior dels seus recursos, suposant un fet d'*hipocresia institucional*.**

El risc com a perill

Una característica de la majoria dels contextos i moments del procés terapèutic és la relació que s'estableix entre el risc i el perill. **En el procés terapèutic no s'acostuma a fer una distinció respecte a què és una situació de risc i què és una situació de perill.** Deturem-nos un moment per parar atenció a la definició d'aquests dos conceptes.

El risc s'atribueix a les conseqüències incertes que poden provenir d'accions que depenen de les nostres decisions. Així, les persones *assumim* riscos. D'altra banda, el perill s'atribueix a les conseqüències incertes que poden provenir d'accions que no depenen de la nostra decisió. D'aquesta manera, les persones *correm* perills.¹⁶ En el procés terapèutic, tota acció que comporti un risc serà interpretada com un perill degut a les característiques que defineixen la malaltia mental, principalment la *no consciència de malaltia* i a la falta de *criteri de realitat*.

"Quan ell està compensat, no? realment és coherent, pot prendre decisions, més encertades o menys, ho pots acompanyar molt be. Però en aquests casos, no? Que aquí igual si venen descompensats, quin riscos n'hi ha? Per a aquella pròpia persona, no? Que li està provocant aquella malaltia? Doncs, fa tot aquest tipus de comportament, i què li suposa això? Perquè està tenint un risc, aquella persona." (3:117)

Per tant, la presa de decisions de les persones usuàries es veurà sempre interrogada o mediatitzada per la mirada terapèutica. **En el procés terapèutic es tendeix més a negar una decisió de la persona usuària per perillosa que a negociar o fer visibles els riscos que comporta la decisió.** La gestió de riscos suposa establir una responsabilitat entre la persona que decideix i les conseqüències de les seves decisions. I és clar, també implica haver de realitzar un esforç per conèixer el que poden suposar les conseqüències.

A través del perill es desresponsabilitza la persona de les seves decisions, ja que les conseqüències van més enllà de la seva capacitat de decisió. En el cas que ens ocupa, la *no consciència de malaltia* suposa que la persona usuària no pot saber quines són les conseqüències de les seves accions, per tant, no pot saber quins són els riscos que assumeix. Donades aquestes circumstàncies, **la decisió de la persona usuària sempre ve acompanyada de perill.**

¹⁵ L'efecte NIMBY: "Not In My Back Yard" (*a casa meva no*). Veure a: E Moreno i E. Pol (1999). En el cas que s'exemplifica en aquest punt se'ns mostra una reacció negativa a assumir un risc en el propi context, sense implicar un judici sobre el propi risc.

¹⁶ "Parlem de risc si els possibles danys futurs són atribuïbles a la pròpia decisió. Si un no puja a un avió no pot estavellar-se. En el cas dels perills, d'altra banda, el dany té una causa externa. Així ocorre si, per seguir amb l'exemple donat, a un el maten les restes d'un avió que cau. (...) Així, avui la distinció entre risc i perill traspassa l'ordre social. Allò que per a una persona és risc per a una altra és perill. El fumador pot ser que corri risc de contreure càncer, però per a tercers això és un perill." (Luhmann, 1998: 81)

Tanmateix, respecte aquest tema apareixen un seguit de preguntes: *Com s'implica una persona en la seva cura si no pot responsabilitzar-se de les decisions que es prenen? Com es poden determinar els riscos d'una decisió si la persona usuària no ha rebut explicacions respecte a les conseqüències que pot comportar una intervenció terapèutica? Com es poden determinar els riscos del procés terapèutic si no s'incorpora la paraula o la vivència de les persones usuàries en la presa de decisions?*

Davant d'aquestes circumstàncies, sembla necessari establir espais de decisió compartits entre persones usuàries i professionals orientats a generar una responsabilització compartida del procés terapèutic. En aquest sentit **és necessari repensar l'actual gestió de riscos en salut mental, ja que actualment carrega tota la responsabilitat de les decisions sobre les figures professionals.** Aquesta qüestió juga en contra de l'assoliment d'un dels objectius principals del procés terapèutic: l'autogestió de la vida de la persona usuària. Vet aquí, doncs una nova paradoxa inherent al procés terapèutic.

La funció professional i els contextos sanitaris

El tipus d'intervenció terapèutica que es dona en cada context sanitari també afectarà a la funció professional. Així, és molt comú que les intervencions basades en la contenció es duguin a terme en contextos institucionals grans, de tipus hospitalari i que funcionen com a medi tancat. En aquests contextos, la funció professional estarà restringida al control de la persona i al manteniment dels dispositius i de les pràctiques de contenció. En aquest sentit, les relacions interprofessionals en aquests contextos estaran estretament protocol·litzades i pautades.

"Hay ciertas emociones que circulan dentro de ese espacio y determinan mucho cómo uno es como terapeuta, que se ve de repente actuando de una manera muy diferente a cómo lo haría en un espacio más abierto." (1:75)

Per contra, les intervencions basades en la recuperació es duen a terme en institucions més aviat petites, de tipus no-hospitalari i que funcionen com a medi obert. En aquests contextos, la funció professional estarà orientada a acompanyar a la persona en el seu desenvolupament, i per tant, gaudirà d'un marge d'actuació més ampli que en les intervencions de contenció.

Tanmateix, com ja hem comentat, els contextos sanitaris no tenen perquè estar dissenyats exclusivament per dur a terme una única tipologia d'intervenció terapèutica. És a dir, podem trobar contextos sanitaris que duen a terme intervencions de contenció i intervencions de recuperació a la vegada.

El grau de llibertat de la funció professional queda delimitat i emmarcat per la jerarquia interprofessional i pels tipus d'intervenció que es du a terme en cada context concret.

El dilema ètic: la base de la intervenció en salut mental

El procés terapèutic, com hem vist, no està exempt de conflictes i paradoxes. **El dilema ètic que envolta els conflictes i les paradoxes en el procés terapèutic respon a la tensió existent entre dos drets ciutadans: el dret a la llibertat i el dret a la salut.** El procés terapèutic i les seves actuacions es veuen constantment interpel·lats per la necessitat de conciliar aquests dos drets ciutadans. Les intervencions terapèutiques que promouen la salut i la seva prevenció es veuen interrogades pels drets i les llibertats de la persona intervinguda. Per contra, les intervencions terapèutiques que promouen la llibertat de la persona es veuen interrogades pels seus possibles efectes sobre la salut de la persona i el seu entorn.

Per aquests motius, les normatives i els protocols institucionals tenen una funció reguladora, establint prioritats i responsabilitats per a cada figura que intervé en el procés terapèutic. Les institucions sanitàries estableixen unes directrius que tenen la funció de sostenir la tensió entre la llibertat i la salut. Inevitablement, cal que les institucions operativitzin una manera de funcionar entre la salut i la llibertat. És per això que es creen uns codis i unes normes que permetin que el procés terapèutic es pugui desenvolupar.

“Hi ha un problema, clar, quan hem d’actuar. Però... els podem forçar si no han volgut? No són tots per pròpia voluntat. Es pot oposar amb una voluntat explícita i manifesta. I això ho subratllo, i molt greu, MANIFESTA. I, hi ha uns problemes... Els problemes tècnics, sí, però i els problemes personals, eh? S’ha de forçar? Cal ingressar-lo? Cal mantenir-lo ingressat? No? L’hem de portar a que es tracti? O no, i l’hem de deixar allà parat al carrer? I la seva vida? Que no es troba bé; ni socialment. És un problema.” (2:83)

Tanmateix, com hem vist durant tot l’informe, **l’establiment d’unes directrius o un funcionament institucional del procés terapèutic no soluciona el dilema ètic.** En tot cas, aquestes directrius, funcionaments, normatives o protocols ens expliquen quina és la manera en què afrontem aquest dilema ètic. En altres paraules, donen compte de les posicions des de les que gestionem el conflicte. En aquest sentit, afrontem el conflicte en salut mental elaborant un criteri de valors i d’actuació que en cap cas tanca el mateix conflicte. Hem de tenir en compte, però, que la salut mental és un àmbit en què sempre apareixen dilemes ètics que no tenen una resposta única. **És indispensable, doncs, que el procés terapèutic es pensi sempre com a un dilema ètic obert que no té respostes universals.**

Més enllà de l’individu: l’associacionisme

Degut a la seva naturalesa, les malalties mentals són enteses i pensades com a fenòmens que afecten a les persones com a individus. Les problemàtiques que es deriven d’una malaltia mental se situen principalment en la persona que la pateix i s’entén que el problema és *dins* seu. Per aquest motiu, el procés terapèutic centra la gran majoria de les seves intervencions en l’individu.

Tanmateix, moltes de les dificultats que emergeixen durant el procés terapèutic tenen el seu origen en fenòmens o problemes socials que van més enllà de la persona. L’estigma social,

present des del primer moment, és un fenomen que influirà negativament en la recuperació de la persona. L'estigma repercutirà fins i tot en l'assoliment dels objectius del procés terapèutic, en el benestar de la persona.

En aquest sentit, en l'àmbit de salut mental es tendeix a donar respostes individualitzades a problemàtiques socials o a conflictes comunitaris. La recuperació de la persona està centrada exclusivament en el treball de les seves capacitats o habilitats, i es pensa en termes individuals, tractant de donar resposta a l'estigma des de la capacitat de la persona. Les respostes a les problemàtiques socials que envolten al procés terapèutic tenen un tractament individualitzat. En els casos més dramàtics, els efectes de l'estigma sobre la persona poden ser traduïts a problemes deguts a les afectacions de la malaltia mental.

“Creo que en la medida en que hay cierta capacidad en las personas de asociarse es un síntoma claro de salud. Precisamente lo que cuesta mucho es que se relacionen. Porque esto también yo creo es porque los profesionales los pensamos más como individuos. Ya, porque cuesta mucho que se asocien, ¿no? O que vayan a un club o que vayan a cosas de que compartan como cualquiera. Yo creo que esto demuestra que va bien. Aparte pertenecen a un grupo, van a poder hacer fuerza.”(2:162)

Les accions de les associacions de persones usuàries dels serveis de salut mental ens recorden que les malalties mentals no només són un problema que recau sobre l'individu. **L'associacionisme de persones usuàries confronta la mirada individualitzada que domina tot el procés terapèutic per introduir un nou element en el tractament de les malalties mentals: el seu component social¹⁷.**

La construcció d'una posició social

El paper fonamental de les associacions de persones usuàries es troba en la construcció d'una posició social: en associar-se, **les persones usuàries esdevenen actors socials, en tant que marquen una línia d'acció col·lectiva** i expressen el seu sentir o les seves opinions conjuntament amb d'altres persones. L'associacionisme suposa l'entrada d'una veu col·lectiva en el diàleg que es dona en la societat; és a dir, suposa una forma de participació ciutadana en la política.

“Una associació d'usuaris, per a mi, el que representa és la teva veu, no? La veu dels usuaris. Hi ha moltes persones que per la seva enfermetat o per determinats moments de la seva vida es poden trobar en una situació, doncs, que no poden tenir veu o no poden saber defensar els seus drets. Està bé que hi hagi una associació que doni la cara i que expressi els drets d'aquestes persones. Perquè si no ens trobem amb els usuaris com a persones que estan en un moment feble. O que són febles per si mateixos. Si no hi hagués una associació, doncs estaria com tot molt dispers, no? Però a l'haver-hi una associació, s'encarrega de donar veu, de recollir, potser,

¹⁷ “En consonancia con la estrategia de la OMS, es necesario un planteamiento exhaustivo que abarque no sólo el tratamiento y la asistencia a los individuos, sino también las acciones dirigidas al conjunto de la población a fin de promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y encarar los problemas relacionados con la estigmatización y los derechos humanos. Un planteamiento de este tipo debe contar con la participación de muchos agentes, en especial los involucrados en las políticas sanitarias y no sanitarias cuyas decisiones repercuten en la salud mental de la población. Las organizaciones de pacientes y la sociedad civil deberían desempeñar un papel destacado en la concepción de soluciones”. (Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde 2005)

reclamacions, suggeriments, tot el que sigui. Està molt bé per poder, doncs, fer una mena de reivindicació.” (6:96)

El mateix fet de participar de la vida política de la societat suposa un canvi en la identitat de les persones associades. La persona adquireix un nou atribut social a l'exercir el seu dret d'associació. **La pràctica de l'acció col·lectiva comporta la creació d'una nova identitat social: la ciutadania.** Aquest fet, en l'àmbit de salut mental, esdevé una via d'empoderament tant per al grup com per a la persona. Els objectius, les pràctiques i les accions que desenvolupa una associació constitueixen la posició des de la qual les persones se situen en la societat. És a dir, fruit de les decisions de les persones integrants d'una associació es construeix un criteri compartit, una manera d'afrontar la realitat.

En segon lloc, **les associacions de persones usuàries suposen una via per a defensar els drets i els deures d'aquestes persones davant de la societat.** Per tant, també poden constituir una posició política dins el mateix procés terapèutic. Aquest fet pren rellevància si s'atén al fet que el procés terapèutic, per definició, suposa un dilema ètic entre *el dret a la salut* i *el dret a la llibertat*. Les associacions de persones usuàries introdueixen una nova veu en el marc d'aquest dilema ètic. Aquesta és una veu especialment rellevant, en tant que la persona usuària viu el dilema ètic en primera persona. Ella és qui viu i experimenta les intervencions terapèutiques.

En tercer lloc, les associacions de persones usuàries esdevenen representants del col·lectiu atès que donen un lloc a la veu de la persona usuària. És a dir, **les associacions de persones usuàries són representatives en tant que parlen des del col·lectiu.** Això no significa que aquesta veu sigui hegemònica i que cobreixi la totalitat de les opinions de les persones usuàries. Evidentment, dins el moviment associatiu poden coexistir diferents punts de vista, com a qualsevol altre àmbit.

En quart i últim lloc, les associacions d'usuaris poden suposar una gran avantatge per a la millora de les intervencions que es realitzen en el procés terapèutic. La veu d'aquestes associacions pot significar un *feedback* respecte a quins són els efectes que té la intervenció terapèutica sobre la persona. D'aquesta manera, el procés terapèutic pot incorporar una nova referència que ajudi a orientar les decisions que es prenen a l'hora d'afrontar les circumstàncies que comporta una malaltia mental. **Les associacions de persones usuàries endrecen una veu col·lectiva construïda des del coneixement de l'experiència, la qual cosa enriqueix, ajuda i complementa la tasca professional en el procés terapèutic.**

.....

El present informe sorgeix a partir d'una necessitat detectada, precisament, per part d'una associació concreta de persones usuàries de serveis de salut mental. Al llarg dels diferents capítols i apartats hem anat explicant les diverses percepcions que les les persones usuàries tenen del procés terapèutic, de les figures professionals, de les diverses institucions, etc.

També hem aprofundit en les percepcions de les persones professionals al voltant de les mateixes qüestions.

Hem recollit les veus de les diferents parts implicades en el procés terapèutic per a fer manifest allò en què coincideixen, allò en què divergeixen i allò en què dipositen les seves confiança i esperances. Si les persones usuàries, a través de les seves associacions, no haguessin produït una demanda, aquest estudi no s'hagués realitzat mai; de la mateixa manera, aquest estudi no tindria cap sentit si les persones professionals no manifestessin un interès per escoltar les demandes de les persones usuàries.

L'estudi apareix, doncs, com a producte d'una necessitat: donar veu a les persones usuàries en tots els moments del procés terapèutic. Esperem que aportï llum en aquest procés per tal d'ajudar a millorar les tasques professionals que es realitzen en aquests serveis, així com la qualitat de vida de les persones que en fan ús.



SEU SOCIAL- Hotel d'entitats

Providència, 42
08024 BARCELONA

DESPATX

Diputació 225 baix
08011 Barcelona
Tel.: 93 217 09 37 / Mòbil: 616 53 61 97
ademm@ademm-usm.org
www.ademm-usm.org



Spora Sinergies.

Consultoria Psicosocial

Joaquín Costa 62, pral 2a

Tel.: 93 481 56 22

info@spora.ws

www.spora.ws

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut