

CONCEPTE I PRÀCTICA DE LA REHABILITACIÓ PSICOSOCIAL EN SALUT MENTAL

La funció del tècnic d'atenció directa

Jornades de Reflexió al voltant del saber de l'educador social.15-18 de Novembre 1996

Jordi Foix Robert. Llicenciat en Filosofia i Ciències de l'Educació. Educador del Centre de Dia d'Horta-Guinardó. Els Tres Turons de Barcelona.

1. El concepte de rehabilitar.

Originàriament, el concepte de rehabilitació, dins l'àmbit de la salut mental, comença a tenir història, adquirir entitat i significació pròpia a partir de la resposta al manicomi. Aquesta resposta trenca amb el tractament psiquiàtric clàssic entès fonamentalment com a custòdia i una acció d'ordre públic.

És aquesta una història ideològica i política que és molt important tenir en compte donat que aporta una concepció nova del malalt mental des d'un posicionament ètic en quan permet, des de la Salut Mental Comunitària, **entendre la rehabilitació com una consecució, o millor dit restitució, dels drets de ciutadania dels malalts mentals i l'adquisició de les capacitats necessàries per a poder exercir-los** (definició clàssica de Franco Rotelli).

Conceptualment, la paraula rehabilitació vindria a significar una pràctica adreçada a "l'eliminació d'un dèficit o disfunció física, mental o social per assolir el màxim grau possible d'autonomia personal i d'integració social"(1). Malgrat la simplificació que suposa una definició de diccionari, ens permet situar els nivells de la reflexió.

Evidentment aquesta definició en el camp de la salut mental, es pot considerar suficient com a punt de partida, però no més que això. Els diferents intents de donar resposta a les necessitats que apareixien amb la reforma d'un sistema d'atenció a la malaltia mental, que es reduïa bàsicament a la separació de la comunitat, varen anar donant lloc a diferents respostes teòriques i també diferents experiències pràctiques, principalment a partir dels inicis de la dècada dels seixanta. El cas és que avui ens trobem amb diferents lectures del concepte i la seva pràctica, però no trobem una

teoria específica de la rehabilitació. En algun cas es parla de la rehabilitació com una "pràctica a la recerca de la seva teoria"(2).

Aquesta proliferació de teories ve donada perquè no hi ha acord en com entendre les causes de la malaltia mental.

2. El concepte de "curar" en la rehabilitació.

És habitual en el treball en salut mental la presència persistent, per no dir angoixant, de la pregunta: La bogeria es cura?.

L'experiència acostuma a donar una resposta en què, plantejat en aquests termes, és difícil l'optimisme. Això provoca normalment el desenvolupament d'unes pràctiques travessades pel fatalisme que fàcilment porten a la cronicitat tan al professional com a l'usuari del servei d'atenció i fàcilment poden generar noves formes d'exclusió. És així que molts cops, sota el concepte de rehabilitació, encara trobem unes pràctiques d'entreteniment i custòdia més pròpies de la psiquiatria clàssica.

Però, és el concepte de curar útil pel treball en rehabilitació en l'atenció a la salut mental?. Al meu parer no. Al contrari crec que en salut mental és un dels elements claus que aboquen a la desesperança i que impedeixen desenvolupar una pràctica de la rehabilitació en el sentit de la definició que donàvem.

Si no tenim una visió estàtica de les diferents realitats tan personals com històriques, fàcilment entenem que el temps passa, que les coses canvien, que continuament són iguals i diferents, que es produeixen processos en diversos sentits i la nostra presència en ells d'alguna manera introdueix canvis, a l'igual que nosaltres som canviats per ells. Al contrari del pensament psicòtic pel que no hi ha ahir ni demà.

El concepte de "curar" procedeix del paradigma mèdic, dominant en el món sanitari i alhora estrany molts cops a uns conflictes en què hi ha l'acord d'entendre'ls com resultat d'una interacció de caire bio-psico-social.

L'aplicació del concepte de "curar", reduït al seu sentit mèdic, en el marc d'intervenció en què ens situem, no sols és reduccionista sinó que és paralitzant ja que, instal·lat en el "bio", la idea de no cura, nega la possibilitat de canvi, és cronicitat, i només permet el manteniment, o com a molt una millora en la qualitat del suport. Aquesta pràctica reduccionista aboca fatalment al paternalisme i genera un tipus de dependències que, aquestes si, realment, són cronicants.

Vist d'aquesta manera el concepte de rehabilitació apareix bàsicament com una pràctica de tipus "ortopèdic" que s'orienta no tant a afavorir el desenvolupament de les capacitats com al tutelatge del defecte.

3. Una pràctica integracionista de la rehabilitació.

Com es deia en línies anteriors, el propi origen de les pràctiques de la rehabilitació, han desenvolupat diferents intents de donar resposta, més enllà del paradigma mèdic, als diferents factors que interactuen en allò que s'entén per malaltia mental.

La nostra pràctica en aquest terreny ens porta a pensar avui que així com la visió mèdica entesa de forma dominant és simplement reduccionista, quan no cronificant, és difícil també apel·lar a un sol món conceptual, sigui aquest psicoanalític, sistèmic o cognitivista, tres de les teories i pràctiques dominants avui en aquest camp. Totes elles, com també la mèdica, ajuden a entendre a diferents nivells i a intervenir en els diversos aspectes en què s'expressa la malaltia mental.

La manca d'existència d'una teoria global de la rehabilitació en salut mental, ens situa en un dilema que en la pràctica crea la necessitat d'accedir a les diferents fonts que han reflexionat entorn a la rehabilitació i la malaltia mental, cercant les eines més adients. Però sempre des de l'orientació que dóna el criteri bàsic de la recerca dels drets de ciutadania, no sols entès com criteri general sinó com a pràctica concreta. En aquest sentit, la persona que fa ús d'un servei de rehabilitació, no és un "cas" ni un "pacient", sinó un usuari o usuària d'un servei d'atenció pública. Establir efectivament els drets de ciutadania vol dir corresponsabilitzar a l'usuari en el seu procés, i al mateix temps assegurar tant els seus drets socials, com civils i econòmics. Això implica una responsabilització tant dels serveis d'atenció i les administracions com de la xarxa social. La pràctica de la rehabilitació ha de ser necessàriament sòcio-comunitària.

El procés de rehabilitació es dóna efectivament quan la persona usuària assumeix el protagonisme com a actor del mateix, com a subjecte i no objecte d'una pràctica més o menys clínica. La funció dels professionals en aquest sentit és l'ajut i l'acompanyament per a què aquest desenvolupament de protagonisme per part de la persona usuària, es pugui donar.

Això no vol dir que reivindiqui l'eclecticisme, sinó que la pràctica quotidiana és normalment més diversa, contradictòria, oberta i polièdrica, per a pensar que des d'un sol factor i món conceptual es poden trobar respostes definitives a una situació provocada per múltiples factors de diferent naturalesa. Difícilment es pot entendre i ajudar a entendre la naturalesa de la malaltia mental sinó es té en compte el món intern, però poc s'ajuda si, alhora, no es treballa la comprensió del context en què es dóna el conflicte (familiar, social, comunitari...). Igualment, les diferents tècniques pedagògiques, molt necessàries per dotar d'eines d'autodeterminació personal, de poc

serveixen sinó s'ha donat una comprensió d'elles i no s'ha tingut en compte les altres dimensions, interna i subjectiva, així com les de context familiar i social on s'expressa el conflicte. És a dir, si no s'ha desenvolupat la capacitat de reconèixer, d'introjectar coneixements i relacions que puguin ajudar a créixer.

És aquesta consideració la que em porta a pensar que una bona pràctica de la rehabilitació en salut mental ha de ser necessàriament interdisciplinària però també en bona mesura interconceptual. S'ha de saber dotar d'una cultura integracionista que no ha de voler dir necessàriament la pràctica d'un eclecticisme acrític, un perill que apareix evident. Aquesta pràctica integracionista suposaria, a grans trets posicionar-se d'una forma oberta i alhora crítica davant les diferents respostes que tendissin a donar sentit de realitat al criteri ètic abans esmentat, és a dir, el retorn de l'estatut de ciutadania. Això suposa substancialment l'acceptació per part de la comunitat d'una diferència especialment angoixant, portadora d'estereotips i prejudicis, com és la malaltia mental. Per part de la persona usuària del servei de rehabilitació suposaria l'adquisició de tots aquells recursos interns i externs per a portar a la pràctica aquest estatut des del coneixement de les pròpies dificultats i amb les eines necessàries per enfrontar-les.

Segons Ferrater Mora, l'integracionisme es configura com un mètode en el qual el pensament integra els conceptes "límits", oposats, com a polaritats complementàries en i pel coneixement de la realitat. L'integracionisme busca una unitat per dins, no per fora, de les tendències oposades al coneixement. Integrar conceptes polars és "complementar", no armonitzar. Es tractaria, segons aquesta definició, d'un cert empirisme dialèctic(3).

Aplicat a la pràctica de la rehabilitació en salut mental i en referència als sistemes explicatius esmentats i a les seves metodologies, no es tractaria tan de crear un "tercer" sistema específic de la rehabilitació que els superés sinó d'una praxi metodològica entesa com un punt transitori i en permanent revisió, de complementació que permetés una visió més integral de la problemàtica de la salut mental.

4. Limitacions socials de la rehabilitació.

Els anys d'experiència de treball de l'associació ens ha refermat cada cop més en la necessitat de dotar de continguts pràctics a molts conceptes que per la força del seu ús, molts cops són més referència inevitable alhora de parlar que no pas una pràctica quotidiana real i contradictòria.

Parlar de la rehabilitació, de la inserció social i laboral, des de la pràctica no és gens fàcil, i menys usual. No tan sols perquè estem parlant d'un col·lectiu de població amb

dificultats especials i amb una gran fragilitat, sinó perquè els diferents agents socials, l'opinió social dominant, encara funcionen amb molts estereotips i prejudicis, fins i tot amb prejudicis que voregen una certa xenofòbia, molts cops inconscient i envoltada de bona voluntat i paternalisme, el qual fa encara més difícil la seva crítica.

Les nostres societats urbanes a mesura que es van despersonalitzant cada cop més van relegant al malalt mental a noves formes d'exclusió. En un primer moment més humanitzades en quan es dona menys la reclusió en la institució total però molt semblant en quan crea noves formes d'exclusió i de discriminació aquest cop dins de la mateixa comunitat. Amb l'afegit que el malalt mental encara carrega amb la imatge estereotipada i majoritàriament falsa d'una persona que es considera a priori irresponsable i potencialment violenta.

Davant d'aquesta realitat adversa, és molt fàcil que el professional de l'atenció psiquiàtrica caigui en el fatalisme i tendeixi a cronificar-se ell mateix en unes pràctiques que poden tenir de positiu una atenció més humanitzada que anys enrera però igualment travessades per la cultura del tutelatge i no pas per l'acompanyament per a generar capacitats reals d'autodeterminació personal dels usuaris.

Tots aquests elements inserits en un panorama social en el qual cada cop es dona més com un fet inevitable la crisi de l'estat del benestar, on la recerca de treball remunerat estable és cada cop més difícil per a més gent, fa que el risc d'abocar a l'exclusió del mercat de treball i d'altres marcs d'inserció als malalts mentals es vagi agreujant progressivament.

Davant d'aquesta realitat potencialment generadora d'un nou tipus de cronicitat, apareix la necessitat d'unes noves pràctiques que com diu Franco Rotelli: "tinguin com a propòsit la independització de l'individu..., que tendeixin a augmentar els recursos materials, culturals, subjectius i institucionals per a obtenir la reinserció dels individus. Així, doncs, els aspectes "socials" i "terapèutics" es troben interconnectats. El primer pas per aconseguir que els individus siguin independents és valorar-los, és a dir, creure amb ells"(4).

5. Les noves funcions.

La pràctica clàssica de la psiquiatria, per a la conceptualització a què m'he referit en línies anteriors abocava la relació terapèutica referida bàsicament al referent mèdic i d'infermeria en un sentit, i al de custòdia i tutelatge en un altre. El desenvolupament d'unes pràctiques més complexes i integradores, enteses no com a tutelatge, sinó com a objecte intermediari creador de processos, porten a la necessitat que el professional que realitza l'atenció directa amb els usuaris es doti d'uns coneixements i d'unes eines

de treball que obliguen als **equips d'intervenció a ser necessàriament un subjecte col·lectiu, cada cop més inter i pluridisciplinari.**

És per això que d'uns anys ençà han sorgit diferents programes d'estudis que tendeixen a cobrir aquestes necessitats avui més observables.

Psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials, educadors socials, terapeutes ocupacionals, experts en diferents tècniques expressives i de formació laboral..., són diferents figures professionals que apareixen en una mesura o d'altra en aquest camp cobrint unes necessitats específiques.

Demana moltes pàgines reflexionar sobre l'adequació d'aquests diferents rols professionals en el camp de la rehabilitació en salut mental. Només comentar que des de la nostra modesta experiència, i el coneixement de diferents experiències realitzades a d'altres indrets, aquest és un camp especialment desequilibrat on molts cops no s'acaba d'entendre que la rehabilitació sobrepassa allò específicament sanitari. Junt amb aquella pràctica que demana una necessitat de coneixement i comprensió dels conflictes interns dels usuaris, el desenvolupament d'una pràctica de rehabilitació psicosocial, avui està especialment mancada precisament de donar resposta a tots aquells aspectes i reptes més allunyats d'allò específicament mèdic/sanitari i, que no per això són menys terapèutics. Si és que entenem apropiadament, com ens aconsella l'OMS, la salut no com absència de malaltia, sinó com a qualitat de vida. És aquesta visió desde la complexitat que justifica i desenvolupa l'importàcia del rol del tècnic d'atenció directa, en aquest cas la figura de l'educador, inserta dins d'un subjecte social i professional d'intervenció, l'equip interdisciplinari.

6.El tècnic d'atenció directa .

Si, tal com deiem al principi, el concepte de "cura" és molt discutible en una intervenció en salut mental, ho és més com a guia d'intervenció en el tècnic d'atenció directa. No ajuda gens a l'educador el dilema sobre si el psicòtic es cura o no. En canvi és fonamental la comprensió de la idea de procés, de canvi. Entendre que les coses poden anar a millor si es posen les mesures adients, si es facilita l'adquisició dels recursos interns i l'accés als recursos externs que facin possible un procés de rehabilitació i d'inserció psicosocial i sociolaboral. És, com deiem, del reconeixement d'aquesta necessitat que sorgeix l'imperatiu de la multidisciplinarietat dels equips, i de l'interdisciplinarietat com mètode de treball.

Si entenem un programa d'activitats en un centre de rehabilitació com objecte intermediari, el monitor adquireix una funció medidora. Per a poder exercir aquesta

funció és molt important que el l'educador desenvolupi una bona capacitat d'empatia, de "posar-se en el lloc de l'altre", i d'assertivitat, és a dir, saber explicar el que volem. El fet que l'educador/monitor acostuma a ser la persona que passa més hores amb la persona usuària, provoca que fàcilment pugui caure en dificultar les seves capacitats d'empatia, limitant-se a ser, no un acompanyant en un procés, sino un vigilant.

7.Elementes que possibiliten la pràctica de la rehabilitació

A l'igual que hi ha uns posicionaments ètics que determinen l'adequació o no de determinades pràctiques, també pensem que s'han de donar uns posicionaments (actituds) tècnics necessaris per a una bona intervenció rehabilitadora .

Abans que res, l'espai de la rehabilitació no ha de ser un lloc on es reprimeix la bogeria. Si bé s'acostuma a incloure la contenció com una de les característiques del centre de dia i d'altres espais rehabilitadors i es dóna un acord comú en la seva necessitat, aquesta no es pot entendre ni s'ha de confondre amb la coerció. La rehabilitació apel·la als aspectes sans i capaços però per a poder fer-ho ha de tenir en tot moment la capacitat de la comprensió per part dels professionals. Aquesta via de la comprensió no té tan a veure amb la interpretació (que juga la seva funció terapèutica en altre lloc) sinó que tindria elements comuns, com dèiem, amb l'empatia (entendre a l'altre, situar-se en el lloc de l'altre). Saber entendre que determinada actuació o conflicte no es dóna perquè sí, sinó que és un símptoma que en l'espai de rehabilitació s'accepta, es reconeix i es dialoga normalment a diferència del que està acostumada a viure la persona usuària en les seves relacions familiars i socials.

És amb una actitud d'aquestes característiques, que el tècnic d'atenció directa pot facilitar un espai i unes relacions on es potencii l'escolta i el diàleg, l'ajuda mútua i la creativitat a través de l'activitat, afavorint al mateix temps un marc d'escolta estable per a poder acompanyar el procés de creixement vers l'autonomia de l'usuari. Un procés on, a través del grup operatiu es desenvolupi una funció de "partenariat", funció que situa a la persona usuària i al tècnic d'atenció directa com a coactors d'un mateix procés.

Barcelona, 1996

NOTES :

1. LEXICOS.Ciencias de la Educación.Psicología.Ed.Santillana.
2. Valentín Corces Pando. Sociedad civil, marginación y proceso de rehabilitación psiquiátrico.Jornadas Internacionales de Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias.Nº 131.Oviedo,1992
3. Josep Ferrater Mora. Diccionario de Filosofía.Ed.EDHASA. Id.El ser y la muerte.Ed.Planeta.
4. F.Pittuco i F.Rotelli. La empresa social en Trieste. Psiquiatría Pública.Vol.6, num.1.Gener-Febrer 1994