

Monogràfic

En terra de meravelles. Un viatge per la salut mental



Diàleg amb GUILLEM PARRA i ROGER FE

Una mirada social vers la salut mental

Sonia Fuertes

■ Sonia Fuertes, educadora social i llicenciada en Filosofia i Ciències de l'Educació. Col·legiada 459.



▼ Fotos: Begoña Escribano





Rebo l'encàrrec del CEESC de dinamitzar un diàleg al voltant de la salut mental amb dos convidats de luxe, Guillem Parra i Roger Fe. M'encanta la proposta, penso que es tracta d'un format creatiu que ens permetrà intercanviar les nostres mirades de manera lliure i tranquil·la. Hi ha quelcom en l'intercanvi de construcció compartida que m'atrau especialment. Veurem si aconseguim extreure d'aquesta trobada un text per a la reflexió, però no ens avancem... Fem primer les presentacions dels nostres convidats al diàleg.

Guillem Parra és llicenciat en Psicologia per la Universitat Autònoma de Barcelona i ha cursat també dos mestratges: en Psicopatologia Clínica de l'Adult i en Psicobiologia i Neurociència Cognitiva. Exerceix com a psicòleg a CENAT Psicologia i col·labora de forma regular al *Diari de Rubí*. D'altra banda, forma part de l'equip de psicòlegs de la Unitat Mòbil d'Intervenció Psicològica (UMIP) de la UAB i, des de l'octubre de 2014, és psicòleg referent d'equip al Servei Tècnic de Punt de Trobada del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Direcció General de Famílies de la Generalitat de Catalunya, on treballa conjuntament amb treballadores i educadores socials.

Roger Fe és educador social per la Universitat de Barcelona. El seu interès per l'acció social només es pot entendre des del seu compromís per fer de la nostra una societat més justa. Ha treballat com a educador de carrer amb joves en risc d'exclusió i també amb persones amb diversitat funcional. Des de fa onze anys treballa al Centre d'Acollida Assís, amb persones en situació de "sense llar". En la seva pràctica professional incorpora eines com la música i defensa el vincle educatiu com a condició indispensable per treballar el canvi.

Fetes les presentacions, en primer lloc ens proposem avançar cap a una definició de la salut mental.

En Guillem s'anima ràpidament davant la proposta i ens vincula el concepte de salut mental a la definició de *normal* i

anormal. En aquest sentit, ens diu, podem fer la diferenciació de forma dimensional o categorial. En el primer supòsit un aspecte rellevant és la gradació, la intensitat; és com si entre el blanc i el negre hi hagués una escala de grisos. En canvi, si ens fixem en categories, és blanc o negre, arribem a un diagnòstic mitjançant la descripció de símptomes. “Tens aquestes manifestacions, tens aquesta patologia”. Aquesta aproximació és la que fa l’APA (Associació Americana de Psiquiatria) i que sol seguir-se a nivell clínic a Catalunya i Espanya: si compleixes, per exemple, 5 criteris de 7 durant un període de temps determinat, llavors podem dir que tens x patologia. Aquestes categoritzacions poden ser rígides si no les matisem.

Per en Roger, la salut mental és literalment la salut de la ment. No li agrada parlar de la dicotomia “bona” o “mala”, sinó que entén el concepte com a quelcom que ha de remetre també a la particularitat. Tots tenim la nostra salut mental, variable i canviant. Més estable i equilibrada o menys, però la pregunta és si algú de nosaltres és capaç de dir que la seva salut mental és la correcta. Com es marca l’estàndard?

Al seu parer els aspectes que guarden relació amb la promoció social de les persones són clau. És molt important normalitzar i poder parlar, els processos d’estigmatització no ajuden aquestes persones. En aquest sentit el tractament per part dels mitjans de comunicació tampoc no ajuda. És la situació malauradament “clàssica”: “Una persona amb esquizofrènia ha assassinat...” No es parla en aquests termes si es tracta d’una altra malaltia. S’atribueix a la malaltia la capacitat homicida i aquesta relació, que es defineix com a causal, dificulta l’acceptació d’aquestes persones. És evident que no totes les persones amb esquizofrènia cometran delictes violents i, d’altra banda, no totes les persones que cometen actes violents tenen un diagnòstic de malaltia mental. S’ha de ser curós quan parlem d’aquestes temàtiques.

Guillem. La influència dels mitjans avui en dia està fora de qüestió i penso que els hem de demanar una posició respon-



sable. La transmissió d'informació hauria de ser objectiva i amb valors ètics, no tan subjecta a interessos comercials. Crec que quan parlem de fets violents, es creen associacions que van més enllà del tema de què parlem i es generen imatges distorsionades. Estic pensant en quan es diuen coses com “L'assassí era aficionat als videojocs”.

Roger. Associacions inapropiades o paraules carregades de connotacions. Jo fa uns dies vaig llegir en un diari “serios” un titular com: “Descobreixen la família de la indigent trastornada de la Diagonal”. Indigent, trastornada... tot en el mateix titular. Penso que és irresponsable i projecta una imatge terrible. A la meva pràctica professional diària, treballant amb persones en situació de “sense llar” ens trobem contínuament amb processos d'estigmatització que tenen un efecte molt important per a la persona. La mateixa paraula *indigent*



transmet molts prejudicis, i al Centre moltes persones ateses que ho llegeixen a diaris o en articles ho viuen malament: “¿Indigente yo? Yo soy José, no un indigente”. Vulguis o no, la gent que no està en situació d’exclusió els mirarà com a indigents amb tot el què això comporta. Des del nostre àmbit fem molta feina per desmuntar aquests mites i, en dos segons, amb un titular de televisió ja els han tornat a muntar. Doncs ara imagineu-vos si, a més d’indigent, també l’etiquetem de “boig”; ja ho tenim, el resultat serà una persona doblement exclosa.

Guillem. En aquesta línia, en alguns programes, fa uns anys, es va posar de moda treure persones que es presentaven com a “friquis” (remeiers, endevins). En realitat els que se’ns mostrava eren persones que possiblement tenien un problema de salut mental. És indigne utilitzar aquestes



“Es tracta de normalitzar la persona en el seu context i sensibilitzar també l’entorn. L’estigma acaba penalitzant la persona que té el problema.”

persones per riure o per incrementar audiència, és un tracte humiliant. Aquests programes els exposaven com si es tractés d’un circ, una fira.

Sonia. Pensem ara en casos on s’ha pogut modificar el tracte per part dels mitjans de comunicació. Per exemple, el cas del pilot que va estavellar l’avió. En un primer moment el tractament de la notícia va ser molt desencertat, però es va produir un canvi gràcies a la intervenció de moviments com ara Obertament. Es van fer cartes al director i es van oferir dades que posaven de manifest que fets com aquests no són usuls ni tampoc habituals pel que fa al comportament de persones que tenen, per exemple, una depressió. En aquesta línia, el suïcidi de Robin Williams o de Philip Seymour Hoffman van ser abordats d’una altra manera, molt més respectuosa i van permetre que molta gent pogués entendre el patiment que pot comportar per a una persona con-viure amb una depressió. Veiem que, tant des dels moviments associatius com des de personatges públics que “donen la cara”, es pot operar un canvi vers un apropament diferent, més humà, més ètic i no denigrant.

G. Efectivament, és molt valuós. I realment són canvis on és molt important la implicació de la societat civil, de les persones. Diria que hi ha un canvi en positiu. La societat es mou.

S. En aquest mateix sentit podríem dir que darrerament s’han fet molts esforços per apropar aquests temes, per exemple, als joves i adolescents, sovint en el marc escolar. Des d’aquesta mirada, es pretén parlar de forma oberta, donar informació i també proporcionar eines perquè ells i elles puguin ajudar una persona que es trobi en aquesta situació i la puguin acompanyar. Creieu que aquestes accions estan afavorint un cert canvi? Detecteu una nova mirada vers aquests temes per part del jovent?

R. Penso que és molt important tot el que s'està fent, és una tasca que genera canvis de forma progressiva. Abans no es parlava gaire d'aquests temes amb la gent jove i no es feia als instituts.

G. A mi no em parlava ningú de tot això. Crec que és un canvi significatiu i hem de continuar per aquest camí. Es tracta de normalitzar la persona en el seu context i sensibilitzar també l'entorn. L'estigma acaba penalitzant la persona que té el problema. A més, aquests programes contribueixen a una detecció precoç i està comprovat que com abans es detecti el problema millor és el pronòstic.

R. Jo ho vinculo a la situació de persones sense llar. Nosaltres anem a escoles, fem xerrades... Ja fa uns set anys que vam començar aquest tipus d'activitats perquè vam copsar la seva importància. Preparem dinàmiques i activitats a les diverses etapes educatives: a primària, secundària, universitats... També fem aquestes activitats en entitats socials, familiaritzades o no amb l'àmbit d'actuació. Normalment sempre hi anem acompanyats d'una persona atesa i no ho diem. Així es poden treballar prejudicis que tenim, ja que quan "descobrim" la veritat, les paraules estigmatitzadores ja estan dites, i podem aprofundir i mirar realment si són fonamentades. Altres vegades treballem l'empatia a través de dinàmiques que "simulen" pèrdues vitals, tal com les persones sense llar les han viscudes. Posar-se les sabates de l'altre és infal·libre i necessari.

S. I què en penseu de l'impacte de les vostres actuacions? Són efectives?

R. Tenim molt clar que aquestes activitats ajuden a canviar la posició respecte a aquesta qüestió. El fet de parlar-ne a l'aula fa que es modifiquin els prejudicis i percepcions, que puguin entendre alguns aspectes i que vegin que les situacions sovint són més complexes i sobretot humanes.



En definitiva, cal explicar que ningú està “vacunat” contra el fet de dormir al carrer. Això que amb la crisi sembla que comencem a veure clar ens ha costat de creure: tothom pot acabar sent exclòs residencialment, vivint al carrer o en un centre.

S. Efectivament sembla que de forma progressiva hem acabat entenent que són causes estructurals i no individuals les que tenen incidència en aquestes situacions. Ara bé, ens queda molt camí per recórrer. Pensem, per exemple, en les dones. Podríem dir que encara no hem incorporat la mirada de gènere davant d'aquestes accions de sensibilització? Estic pensant en l'exemple del titular que ens posava en Roger. Certament al llarg de la història la imatge de la “boja” ha tingut moltes connotacions morals. Costa més d'acceptar?

R. És molt clar. La dona té més factors de vulnerabilitat i d'exclusió. La imatge social és diferent. El sistema patriarcal i els valors negatius que des d'una societat masculinitzada s'atribueixen a la dona fan que aquesta pateixi una doble exclusió: pel fet d'estar al carrer i pel mateix fet de ser dona... Per no parlar de la inseguretats i el risc de victimització.

Així com podem hipotetitzar que les dones mantenen més sòlides les xarxes socials (família, feina, lleure...) –segurament pel rol de gènere associat–, justament per això també és cert que quan la funció de sosteniment de totes aquestes xarxes “s'ha esgotat”, el trencament encara és més significatiu, de manera que el dany acostuma a ser més gran.

És a dir, quan una dona arriba a trobar-se en situació de sense llar, la seva situació acostuma a ser més complexa.

La Diagnosi 2015, elaborada per la XAPSELL, conclou que les dones representen entre un 9 i 11% de les persones que pernocten al carrer, mentre que als equipaments residencials s'aproximen al 30%. Davant de tot això les entitats ens hem

de (pre)ocupar i caminar vers serveis i projectes més específics per a dones en situació de sense llar.

G. Socialment hi ha aquesta diferència. Si parlem des de la clínica hi ha patologies, amb els criteris a la mà, que es donen de manera prevalent en homes i d'altres en dones. No tot és genètica ni tot és social. Però a l'hora de diagnosticar no es diferencia, no tenim mirada de gènere... si bé certes patologies s'expressen simptomatològicament de manera diferent entre homes i dones.

Encara pesa la imatge de la dona "histèrica", "la dels nervis". Hi ha certa banalització.

R. Crec que passa el mateix amb algunes manifestacions de determinades malalties. Jo recordo el cas d'una persona que tenia un trastorn bipolar i en la fase de mania es va comprar una moto enorme (sense tenir els diners per pagar-la, va haver de demanar un crèdit). Ningú del seu entorn va copsar que potser tenia un problema, s'interpretava com un excés; segons el meu parer, guarda relació amb el moment social, amb l'afany per consumir i comprar (que fa que algunes qüestions quedin camuflades).

S. Sembla que tornem en algun punt al principi del nostre debat, en què hem començat vinculant el terme *salut mental* a normalitat/anormalitat. Podríem dir, doncs, que és un concepte dinàmic, vinculat a una època i a una cultura? És més "relatiu" del que aparentment ens sembla?

G. Dinàmic i difús perquè, si creiem que el normal és estar sa, coneixem algú que estigui totalment sa? El problema és quan aquesta situació de "certa anormalitat" esdevé etiqueta i condiciona la relació d'aquesta persona amb si mateix i també amb els altres. En aquest sentit hem de ser crítics també amb les propostes "terapèutiques" que sovint passen per intentar fer que aquesta persona aconseguixi un grau de



normalitat i es torni a reintegrar. En cap cas ens qüestionem de quina manera la comunitat ha de fer l'esforç de integrar la persona.

R. Sí, la proposta és que s'adapti, malgrat que no li agradi o no pugui.

S. A veure si ho entenc... El que esteu dient és que responsabilitzem la persona de les seves possibilitats de circulació social? Estem fent una societat massa estanca o amb uns límits massa rígids perquè hi pugui haver persones que presentin una diferència? Estem d'acord que, en definitiva, estem parlant de diferències?

R. Totalment d'acord; fins i tot en el cas de la salut mental, el desconeixement genera certa por. Hi ha una mitificació de les “malalties del cervell, d'allò que passa pel cap d'aquestes persones” i això no ens ajuda.

S. I, seguint l'exemple que ens posava en Roger, tenim que en una època com la nostra, caracteritzada pel consum i la voracitat, aquests aspectes (la compra compulsiva, el viure a crèdit...) no són tan “anormals”. Costa diferenciar-ho. S'ha parlat de molts casos que han quedat descoberts quan a la persona en qüestió se li han acabat tots els estalvis i, finalment, el que podia explicar totes aquestes actuacions era l'existència d'una patologia. Ara bé, d'altra banda, tenim també una societat que a tot li posa el rètol de patologies. Si parlem d'addiccions tenim addiccions a tot, al joc, al sexe, a les drogues...

G. Bé, és que hi ha un punt en què certament tot allò que comporti un plaer pot generar una dependència.

R. Però hem de matisar, no tothom s'enganxa. És a dir, hi ha molta gent que fa coses plaents i no acaba sent una persona addicta. L'origen de l'addicció l'hem de buscar més en les mancances de la persona, en el “què li falta” per haver d'omplir aquest forat amb altres coses, que arriben a ser nocives. Què és el que la fa sentir tan malament que ha d'omplir-se amb conductes o substàncies addictives? L'exemple clar el tinc cada dia a la feina: persones que ho han perdut tot i fugen del seu passat dolorós mitjançant l'alcohol, el cànnabis, el joc... quan un ésser humà ja no té res més a perdre succeeixen aquestes coses. I aleshores el fet de sortir del pou depèn de la teva fortalesa mental i de les xarxes que puguis mantenir. Jo parlaria de capacitat de resiliència.

S. Em sembla interessant aquest fil. Hi ha gent que s'administra perfectament el plaer sense arribar a tenir



“La manca de vincles relacionals fa que se’ls mediqui més.”

una addicció. Els límits no són clars i es barregen qüestions de caràcter moral i de control social. Us vinculo aquest tema a la polèmica sorgida aquests dies i recollida a *El País*¹ al voltant de la psiquiatria i que guarda relació amb el llibre d’Allen. Crítiques al DSM V², la sobremedicalització, els interessos dels laboratoris... Al final, qualsevol pràctica pot ser convertida en plaer, però qualsevol d’aquestes pràctiques també poden ser regulades per alguns subjectes.

G. És important incidir en altres criteris com el grau de deteriorament de l’entorn. Hi ha una part que guarda relació amb la percepció que el consum o l’addicció comporti dificultats relacionals, afectives, laborals... El consum no sempre és problemàtic, dependrà de si podem diferenciar entre l’esfera pública i la privada i el grau d’afectació en aquests àmbits. Ara bé, a vegades confonem els termes. Em ve al cap el tema de la depressió. La depressió no és estar trist. Estar trist és normal, forma part de la nostra existència. Davant d’una pèrdua, per exemple. En aquestes situacions no té per què ser necessària la medicació. I jo estic a favor de la medicació. Crec que ajuda en molts casos, sempre que la situació ho requereixi i hi hagi un professional vetllant per aquest procés. La medicació és una eina que ha millorat la vida de la gent que ho necessita. Però quan no en necessites, el millor és que no en prenguis. Potser necessites altres recursos socials, relacionals o potser treball terapèutic.

S. Aquest exemple de la pèrdua l’hem vist moltes vegades. Donar medicació davant un procés de dol que no és patològic. Això pot generar un problema?

R. En el meu àmbit professional, en persones en situació d’exclusió residencial, és molt habitual que les persones es-

¹ <http://bit.ly/AllenDSM>.

² Cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals.

tiguin sobremedicalitzades. El més habitual és que aquestes persones hagin viscut moltes pèrdues (de relacions, de salut, de feina, fins i tot de “lloc social”), i com a mínim hagin passat o estiguin passant per una possible depressió. Nosaltres fem una enquesta al Centre Assís i l’any 2016 vam establir, mitjançant les dades, que un 43,4% d’aquestes persones pateixen algun problema de salut mental greu. Potser probablement la manera “fàcil i ràpida” és medicar-les perquè puguin continuar lluitant per tirar endavant però... no es podria pensar que, tornant-los el dret fonamental de tenir una llar, el sentiment de ser útil per a la societat, una estimació i empatia, i el fet de “ser algú per a algú”, es rebaixaria molt l’ús de paroxetines, quetiapines, diazepam o trankimazins? És més laboriós i duu molt més temps, però també és més humà. La manca de vincles relacionals fa que se’ls mediqui més.

Sense xarxes de suport properes que puguin fer una certa contenció i acompanyament en moments durs, la medicació és el camí fàcil, i mai és suficient per si sol.

S. Un altre àmbit on això cada cop es veu més és en l’àmbit de la gent gran. Cada cop prenen més medicació. Sovint aquesta medicació respon a un diagnòstic de depressió, però, certament, també ens trobem davant d’un context on les persones grans freqüentment se senten molt soles i han hagut de fer tot un canvi important pel que fa a la seva expectativa de vellesa. Possiblement ells (i sobretot elles) es van fer càrrec dels seus grans. Després, molts d’aquests avis i àvies han tingut cura dels néts i, finalment, les seves famílies, per raons de naturalesa diversa, no se’n fan càrrec. Les figures d’acompanyament professional potser tampoc no són les més adients. No tenim gerontòlegs o geriatres, es visiten en els serveis d’atenció primària amb un metge generalista que suporta una forta càrrega assistencial. En sortir de la consulta, el que tenim és una llarga recepta amb medicació per qüestions orgàniques (simtron,



“Hem banalitzat la medicació. Aparentment és més car l’acompanyament. El sistema ens pressiona com a professionals.”



“Utilitzem les categories sense discriminar i després parlem molt de tractaments i poc de prevenció.”

omeprazol...) i també per situacions de caràcter afectiu. Podríem dir que hi ha un excés de medicació? Podem dir que la medicació compensa la manca d'acompanyament?

R. En primer lloc podem dir que hem banalitzat la medicació. Aparentment és més car l'acompanyament. El sistema ens pressiona com a professionals. No pots acompanyar una persona amb la pressió d'un temps màxim de 30 minuts.

Un bon acompanyament en situacions vitals dures, no es pot fer en visites de periodicitat mensual. L'educador social no hauria de ser un “apagafocs”, treballem amb processos llargs i la temporalitat l'hauria de marcar la persona atesa, mai el servei. Si no, no estem provocant un canvi

intern real, sinó tot el contrari: estem pressionant la persona perquè canviï. Us imagineu quant li costaria a l'erari públic o a les entitats privades treballar d'una manera integral sobre la malaltia mental, adaptant tots els recursos a les situacions “diferents” que es podrien trobar? És a dir, que la xarxa de salut mental no ho absorbís tot, sinó que s'invertís perquè en tots els àmbits de la societat “entenguéssim” i normalitzéssim aquestes diferències. La durada en el temps seria molt més extensa, que no pas recorrent a la medicació. Ara bé, un cop més, aquesta despesa comportaria una inversió per a tothom, per a la persona i per a la comunitat.

Des de l'òptica d'un educador o educadora, hauríem de reivindicar un apropament més social i que prengui com a referència la persona, les seves necessitats, les seves demandes i els seus temps.

G. El cas de la gent gran és paradigmàtic en aquest sentit. Sovint van al metge per parlar amb algú. Algunes figures, el metge, els professionals de la farmàcia, formen part del seu univers relacional.

S. És molt curiós aquest mecanisme, no trobeu? D'una banda, ens costa molt normalitzar les dificultats que pugui tenir una persona, però de l'altra, estem medicalitzant d'una manera massa lleugera?

G. Utilitzem les categories sense discriminar i després parlem molt de tractaments i poc de prevenció.

S. Totalment d'acord. Ara tornem a parlar de prevenció, d'acció comunitària, d'apoderament... Ara bé, amb la crisi i les anomenades retallades m'atreviria a dir que no només hem fet tractament, sinó que gairebé hem fet cures pal·liatives. Quina és la vostra opinió respecte a aquest fet? Considereu que hem anat enrere durant els anys més durs de la crisi?



R. És evident que hem anat enrere en cert sentit, però també hem de posar en valor iniciatives molt interessants com Sarau, Radio Nikosia...

En el cas de Sarau, es tracta d'una iniciativa vertebrada al voltant de l'oci inclusiu. Són, com diuen en la seva pàgina web (www.sarau.org), una associació de persones diverses, amb una gran capacitat per promoure el voluntariat. A l'argumentari de la junta directiva podem llegir: "Convivim amb la discapacitat i amb les problemàtiques de salut mental i valorem molt positivament aquestes vivències perquè ens fan créixer, comprendre'ns i millorar com a individus". Podríem dir que lluiten per estimar la diferència i entendre les singularitats de cadascú.

Pel que fa a Radio Nikosia, és una emissora de ràdio gestionada per persones diagnosticades amb algun problema de salut mental. Emeten cada dimecres a Radio Contrabanda (Barcelona) amb la idea principal de desconstruir l'estigma social i sensibilitzar o, com diuen ells, "hablar de la locura desde la voz que la sufre".

Bé, la clau de tot això és la circulació social d'aquestes persones per espais que entenem com a "normalitzats". I es tracta que no "ocupin" aquests espais simplement, sinó que realment estiguin participant en igualtat de condicions que la resta de persones i que, esperem que algun dia, no generin rebuig ni estranyesa a cap, cap persona.

Les xarxes socials també tenen un paper molt important en la generació d'opinió, en la incidència política, en la generació de vincles... Hem de tenir en compte que les situacions cada cop són més complexes. Des de la funció dels educadors i educadores socials és molt clar. Atenem multiplicitat de situacions. Ens trobem amb persones sense vincles, sense un diagnòstic clar i això queda també molt palès en els serveis socials. Fem una funció d'escolta i de vincle molt important, però també tenim moltes limitacions.

S. També entrem en qüestions ètiques com, per exemple, quan ens hem de plantejar una incapacitat jurídica. Tot



i que la considerem una mesura de protecció, també sabem que té un efecte d'anul·lació del subjecte, que veurà limitada la seva capacitat de decisió (i actuació) amb tots els efectes que això comporta. Pensem també en els ingressos involuntaris... Són situacions molt difícils, duríssimes. Podríem parlar també d'un fracàs de la nostra societat perquè no tenim mitjans per acompanyar algunes persones?

R. Al centre on treballa hem viscut uns quants ingressos involuntaris. Tots són molt durs, veure endur-se una persona en contra de la seva voluntat i tot el que genera mai és fàcil. Ara bé, puc assegurar que en alguns casos ha valgut la pena i la persona amb el temps ha millorat moltíssim a nivell social i cognitiu.



“Les tasques que fem cada figura professional no només són necessàries, sinó també complementàries. Crec que el reconeixement de les diverses figures i el diàleg són importants.”

En altres casos, després de l'alta hospitalària no s'ha pogut fer cap seguiment (per la causa que sigui) i han tornat al carrer i a desestabilitzar-se mentalment.

El gran debat en aquest cas, com diu en Guillem, se centra en l'ètica de l'actuació. Qui som qualsevol de nosaltres per pensar i decidir per un altre, per molt que no compartim ni entenguem les seves actuacions? Qui jutja què és perillós i què no ho és? Amb quina eina de mesurar decidim que una persona que vol viure en una cova al mig del bosc està més desestabilitzada mentalment que un que viu en una casa?

Segur que més de la meitat de persones que s'han ingressat involuntàriament, si haguessin viscut en algun país africà o de l'Amèrica Central, on les societats estan organitzades de manera diferent, ara serien el xaman de la tribu o bé el sanador del poble, o el que es comunica amb els esperits dels morts. Per tant, haurien tingut el que anomenem “èxit social”. És un aspecte sobre el qual cal reflexionar.

S. En les nostres societats, moltes d'aquestes persones ara es troben demanant als carrers o empenyent un carret amb el qual van recollint ferralla. Poques vegades connectem amb la situació de vulnerabilitat d'aquestes persones, generen més por i rebuig que solidaritat. I ens qüestionem molt poc les condicions estructurals que sustenten aquestes situacions.

G. Jo ho relaciono amb un tema malauradament actual, les persones refugiades. Estem veient aquestes imatges terribles per la televisió i ens preocupem de les fronteres, de la “nostra seguretat”.

R. Aquestes fronteres també es troben en els programes i serveis. La patologia dual en va ser un exemple durant molts anys. La persones que en patien no podien anar al centre per drogodependents perquè tenien un diagnòstic de salut mental; no podien anar a un centre de salut mental perquè fumaven porros... Quedaven en terra de ningú.

S. Sí, com si la persona s'hagués d'adaptar a la cartera de serveis i no al revés. Són les necessitats les que determinen l'oferta assistencial? No fem atenció centrada en la persona? És veritat que hem avançat en aquest sentit. Ara hi ha més recursos dels anomenats de "baixa exigència", tenim clubs socials...

R. Un tema que és molt dur en aquest sentit és el de les persones que tenen un problema de salut mental i entren a la presó, a la infermeria. Seria un tema que caldria replantejar. El tancament no és la millor opció per a aquestes persones.

Als fets em remeto. El senyor Conceição, del Brasil, ja feia tres anys que vivia al carrer. Per cometre un delictes va entrar a la presó. Ja hi havia sospites d'algun tema mental, però allà, en veure's tancat, va començar a empitjorar i a poc a poc la seva salut mental va anar deteriorant-se. Fins al punt que va decidir consumir substàncies estupefaents per oblidar el seu patiment, i la seva simptomatologia i evidentment el seu cas van empitjorar. A més, la seva agressivitat, que anava en augment, el va fer "víctima" de cel·les d'aïllament en forma de càstig. Dies sol i tancat sense veure a ningú i només sortint al pati una hora al matí i una altra a la tarda. Això, com no pot ser d'una altra manera, no és la millor opció per convida i establir una malaltia mental.

Quan va sortir el vam acompanyar al Centre de Salut Mental de referència i, des de fa uns mesos, ja té diagnosticada una malaltia mental greu.

I no és l'únic cas, per desgràcia.

G. Sí, el pas per la institució genera estressors que poden actuar com a catalitzadors de la patologia. Entenc que és possible que en aquestes situacions la medicació (o la metadona si parlem d'addiccions) hi ha de tenir un paper.

S. Per acabar, una pregunta sobre la interdisciplinarietat, el paper de l'educació social...



G. De vegades hi ha un cert canibalisme en l'àmbit de la intervenció. Les tasques que fem cada figura professional no només són necessàries, sinó també complementàries. Crec que el reconeixement de les diverses figures i el diàleg són importants.

R. Les qüestions de salut i les d'ordre social són complementàries, no les podem jerarquitzar. El corporativisme no ens ajuda. Hem de superar allò d'"és el meu cas / el meu pacient". És molt important treballar en equip i construir un discurs no fragmentat.

G. Al final, podria donar-se que, mentre els professionals discutim, perdem de vista la persona. No pot ser. **Q**

REFERÈNCIES

- La situació del sensellarisme a Barcelona. Evolució i polítiques d'intervenció [en línia]. < <http://recompte.barcelona/documents/Diagnosi-2015.pdf>>. [Consulta: juny 2016].
- Saräu. Associació d'oci inclusiu. [en línia] <<http://www.sarau.org>> [Consulta: juny 2016].
- Nikosia. [en línia] <<http://www.radionikosia.org/>> [Consulta: juny 2016].

CITA ARTICLE

FUERTES, Sonia. “Una mirada social vers la salut mental”. *Quaderns d'Educació Social*. Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya. Núm. 18 (desembre 2016), p.28-49.

RESUM

El reportatge planteja un diàleg entre dos professionals de disciplines diferents (Guillem Parra, psicòleg, i Roger Fe, educador social) al voltant de la salut mental, la seva conceptualització i les possibilitats d'actuar-hi des de l'acció social. El debat ha estat dinamitzat per Sonia Fuertes.

Paraules clau: salut mental, acció social, inclusió, comunitat, estigma

ABSTRACT

The report proposes a dialogue between Guillem Parra (psychologist) and Roger Fe (social worker). They talk about mental health concept and possibilities of action from social action. Stimulates debate Sonia Fuertes.

Keywords: mental health, social action, inclusion, community, stigma