

El recorrido subjetivo del usuario

Roberto Mezzina

Médico psiquiatra

Responsable del Centro de Salud Mental de Barcola-Aurisina, D.S.M. de A.S.S. n. 1-Trieste

El protagonismo de los ciudadanos "usuarios de los servicios" (usuarios primarios, familiares, otros) y la cuestión de la auto-ayuda se ha impuesto en Italia y en el mundo, a partir del reconquistado papel de "sujetos" de su propia historia y de sus vidas por parte de los pacientes psiquiátricos.

Mientras en otros países un fuerte movimiento de los usuarios, todavía y necesariamente antagonista a las instituciones psiquiátricas, debe luchar para que sean reconocidos los derechos civiles y sociales, en Italia la ley del 1978, y el consiguiente fin de los manicomios, han ratificado una condición de ciudadanía que pone tales cuestiones sobre un nuevo plano. El problema es como hoy las prácticas de salud mental y de rehabilitación deben y pueden contribuir a hacer posible la plena realización del derecho a una cura que no sea una sanción, del derecho a un provecho, a una casa, a un trabajo, a una participación activa en la vida civil y social.

¿Pero cuanto deben aún modificarse los servicios para que estén realmente "centrados en el usuario"? Largo se presenta el trabajo de transformación de las prácticas y de las disciplinas; para "rehabilitar a quien rehabilita" es necesario establecer formas de participación activa de los usuarios en los servicios de comunidad y reforzar los vínculos con las instancias y con los sujetos de la vida social y también de implicarlos en la promoción de la salud mental (desde los familiares hasta los trabajadores de los servicios sociales, sanitarios y judi-

ciales, hasta llegar a los cuerpos sociales). No es esta una operación fácil porque va a tocar el nodo de los poderes y debe por tanto partir del reconocimiento que la perspectiva del usuario como sujeto y actor de su propio recorrido de integración social y de emancipación es fundamental en la (propia y ajena) terapia y rehabilitación.

En estos años se ha pasado de las formas más ingenuas pero también genuinas de "comunidad terapéutica" (que se refieren a las pequeñas realidades de casas-alojamiento, apartamentos, y en los lugares más avanzados han informado de la misma cotidianeidad de los servicios territoriales de salud mental, en Trieste pero no solo allí, en una concepción del servicio como red participativa) a las modalidades de verdadera participación responsable; de la interlocución con los principios de la auto-ayuda y asociacionismo de los usuarios, originados espontáneamente o más comúnmente promovidos por los servicios, a las formas de democracia participativa (los comités de participación en los servicios); de las instancias de "empowerment" (entendido como "dar poder y competencias") a la necesidad de recursos e instrumentos para la inserción social (formación y re-escolarización), inserción laboral real. Se impone hoy una óptica más optimista partiendo de la certeza de que existen oportunidades, que los servicios deben poder garantizar, útiles para favorecer la "recuperación". Este concepto que va más allá de la definición médica de cura, al reconocer la fuerza de los factores subjetivos en la "enfermedad" al igual de aquellos social-



mente determinados, en el cambio de la relación con el propio problema o con el propio trastorno, nos remite a un proceso absolutamente personal y único de recuperación del sentido de sí mismo, así como valores, finalidades, significados y de control sobre la propia vida.

Esto se conjuga potentemente con la emancipación de dependencias personales y sociales, hacia una mejor calidad de vida y una participación más consciente de la vida social.

Compromiso de los usuarios y del "empowerment" (Atribución de poderes)

El compromiso de los usuarios primarios, sea individual (en el programa terapéutico) o colectivo-representativo (en la proyección y en la gestión de los servicios; a través de la constitución en asociaciones; en la educación y en la información de la comunidad), se sucede en varios grados y con varios niveles de "empowerment" (término que se entiende como "dar poder y competencia", Adams. 1990).

Habrán entonces servicios que promuevan el "empowerment" y otros que sin embargo continúen con la no privación y con el empobrecimiento material y cultural de los sujetos.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que muchas organizaciones de usuarios "están trabajando en el "empowerment" del usuario primario de los servicios de modo que pueda de nuevo controlar su propia vida y que tal "empowerment" deba tener un control sobre el abastecimiento de los servicios y sobre la planificación, sobre el desarrollo y la dirección de la asistencia" (WHO, 1989). Aquí aparece la cuestión de la relación entre usuarios y trabajadores y además: también entre asociaciones e instituciones, y en modo más extenso entre salud mental y comunidad.

La auto-ayuda, bien que esta suceda en grupos espontáneos o promovidos por los servicios, o haga referencia a asociaciones y agencias, resulta bajo la óptica desde la cual hemos hablado, una fase importante del "empowerment." La OMS asigna a la

auto-ayuda un papel clave en la prevención ya que permite salir del esquema médico y los recursos sociales pueden jugar un papel (Hatch & Kickbush; 1983). A menudo se realiza a través de acciones de "self-advocacy", o sea de auto-representación de los propios derechos, que es esencial en los movimientos de los usuarios.

Unido al problema del poder lo está también el de los **derechos**: no solo de los derechos de la persona, de los derechos civiles, sino también los derechos de la ciudadanía y los derechos sociales. Nos debemos preguntar si estos se cumplen y sobre todo cuáles son las mediaciones y los instrumentos de acceso (informaciones, conciencia social) más oportunos para poner en práctica por el usuario, que el servicio deba facilitar.

Redes participativas dentro y más allá de los servicios, hacia la comunidad

El proceso de desinstitucionalización, en Trieste como en otras experiencias avanzadas, ha favorecido el fortalecimiento de los usuarios como sujetos de derecho, dotados de contractualidad; las posibilidades para ellos de expresión autónoma; el potenciamiento de todas los niveles de salud de las que eran portadores hacia una idea de emancipación que tendía a superar el mero dato de la "terapia" y quería extenderse a todo aquello que promoviera la salud mental y la calidad de vida.

El fortalecimiento y la "subjetividad" de los trabajadores han avanzado en paralelo con la de los pacientes, y de cuantos venían implicados en una relación directa con el servicio (familiares, ciudadanos, voluntarios, etc.). La relación institucional sujeto-objeto de tratamiento, médico-paciente, se ha transformado gradualmente en una interacción compleja que ha comprendido sujetos diferentes por edad, clase social, normalidad y patología. Han sido favorecidas todas las modalidades de participación informal en la vida de los nuevos servicios de comunidad, sobre la base de una tendencia a la reciprocidad en las relaciones, incluyendo en el campo todas las figuras que podrían romper aquella bipolaridad.

Los servicios surgidos de la desinstitucio-



nalización están en grado de “tejer una red”- una red participativa – (Mezzina y a., 1993) a partir de sí mismos: es una red donde se cambian y se ponen a disposición de quien (el paciente) por costumbre ha excluido no solo reservas, si no también valores de uso. Cada vez se impone más la **calidad de la vida social** que, a pesar de muchas dificultades, surge en tantas formas espontáneas, y la “**necesidad de relaciones**” aparece ya como punto central.

Solo en una práctica psiquiátrica donde las personas son valoradas como sujetos, dotados de contractualidad, y cuyas necesidades, expectativas, objetivos son la sustancia de los proyectos terapéuticos, se puede producir consenso con las curas, confianza y colaboración, implicación en los programas individuales por parte de cada uno y por lo tanto (sucesivo paso) oportunidad de participación colectiva a la vida del servicio y a su transformación.

El flujo comunicativo en los servicios, encauzado en los momentos formales de los coloquios, de los encuentros, de las reuniones del servicio, del trabajo terapéutico individual o familiar o de grupo, o que se expresa en una multiplicidad de situaciones, ocasiones y momentos informales, ha creado seguramente formas de participación. Se han creado momentos de asociación espontánea a la que se han unido momentos de auto-ayuda entre pacientes, a los cuales a menudo el servicio ayuda mediante recursos integrativos. Un ejemplo son las situaciones de convivencia promovidas por el servicio, el apoyo espontáneo dado por los usuarios a otros usuarios en crisis o con dificultad, la presencia cualificada de los familiares como interlocutores inmediatamente implicados en los programas terapéuticos (Dell’Acqua y Mezzina, 1991).

Sin esta alta calidad participativa no es por lo tanto posible construir una red comunitaria. Por red comunitaria entendemos aquella que se produce cuando las redes surgidas del servicio tienden a extenderse fuera de él- proceso de todos modos inevitable, so pena de quedar atrapados en formas entrópicas y autoexcluyentes). ¿Que parte de este recorrido puede ser cumplida

directamente por el usuario en todas aquellas realidades e iniciativas que hemos denominado significativamente “FUORI-CENTRO” (Fuera del Centro) (Mezzina, 1997; Borghi, Mezzina y col., 1993; Dell’Acqua, Mezzina y Vidoni, 1993; Folgheraiter, 1995), de pequeños clubs co-gestionados o autogestionados, a las actividades polideportivas, al desafío al estigma y a la esperanza de la recuperación? ¿Cuál será el papel del servicio para mantener estas formas de salida de una relación tradicional con el paciente? ¿A quien y como extender el proceso participativo?

Según la OMS (1989) sería necesario activar los procesos de implicación que toquen a todos los actores posibles, desde usuarios hasta familiares, grupos de comunidad (mujeres, minorías étnicas o religiosas), representantes de administraciones locales o de los organismos sanitarios, representantes de grupos profesionales antepuestos a la asistencia social y sanitaria, agencias especiales de intereses sociales, asociaciones y grupos de “abogacía” (representación y defensa).

¿Cuál será entonces la implicación de una comunidad entendida como instituciones, entidades, servicios, realidades asociativas del vivir social, de la sociedad civil también más allá de la salud mental – y con qué objetivos? Ciertamente para construir redes (y socialidad) a través de proyectos de transformación del vivir social, y no solo para construir organismos de consulta donde se representen las instancias de grupos de individuos. Sin embargo, si queremos movernos para construir redes, no serán suficientes las surgidas de operaciones formalístico-burocráticas, ni realizadas sobre estímulos solamente solidarios, sino que los valores fundamentales deberán ser cambios vitales verdaderos.

La inserción laboral en los recorridos de salida del estatuto de enfermo

Las relevantes transformaciones sucedidas en los últimos diez años en este campo hacen que la cuestión de la inserción laboral pueda ser hoy tema de una perspectiva más amplia.

Cada vez más en los últimos años la inser-



ción laboral se ha vuelto el único medio realmente eficaz a nuestra disposición para hacer posible la salida del usuario de una condición de estigma y de marginación, salvándolo de un destino de completa inclusión en el circuito psiquiátrico.

No se pueden alimentar dudas sobre el hecho de que el trabajo constituye una vía de salida: si no hacia una vida más satisfactoria, al menos hacia algo que está situado en la realidad. De hecho hoy las oportunidades de formación y trabajo se colocan en ámbitos distintos y distantes del servicio: es en esta distancia donde la formación y el trabajo asumen cada vez más el valor de una perspectiva real- propuesta verdadera de cambios en la vida de las personas.

Lo que ha acontecido en Trieste entorno a la cuestión del trabajo ha sido un proceso radical, caracterizado por polarizaciones muy fuertes y seguramente necesarias. La situación estaba ya, en la práctica de los servicios, fuera de las lógicas psiquiátricas: nadie veía el trabajo como la consecuencia de un recorrido ordenado de pedagogía del sujeto, o un premio final en la progresiva adquisición y formación de competencias. Era un chance, una carta jugada, quizá en modo utópico, ilusivo, ideológico; en cualquier caso una oferta de ayuda a las personas para la obtención de un provecho, una cuerda lanzada para remontar una situación, la deriva social.

Hasta principios de los años 70' el trabajo se contemplaba bajo una óptica completamente diferente, en la cual se subrayaba la necesidad de inmediata salida del enfermo del alvéolo de la psiquiatría. La forma en la que las primeras cooperativas se originaron en el camino de la desinstitucionalización, por medio de los primeros proyectos financiados por la Comunidad Europea, era coherente con la modalidad de la desinstitucionalización de Trieste. La transformación del manicomio se fundaba en la presuposición de la respuesta a las necesidades de la persona, la búsqueda de oportunidades de inserción social efectiva, el énfasis sobre los derechos, sobre el contrato social.

La perspectiva que se practicaba era la de

los derechos de "ciudadanía": este ha sido siempre el paradigma utilizado en la destrucción del manicomio. Así que en Trieste no ha sido nunca afirmado el acceso al trabajo como consecuencia de la recuperación, ni la reintegración social ha estado subordinada a un proceso de reducción de la discapacidad.

La parábola del trabajo en la experiencia de Trieste puede ser considerada como emblemática de un avance hacia la realidad- la vida verdadera de la persona, es usada como huella en la reconstrucción de la modalidad con la que un sistema de cura asume la contradicción de un sujeto/objeto totalizado en la enfermedad para proyectarlo en la realidad, en la normalidad. En este sentido se puede decir que las cooperativas en Trieste surgieron de la rotura del paradigma del manicomio, 'al fingir', al interno de un sistema totalitario e inclusivo, trozos de otra realidad, de otra organización.

Por otra parte el trabajo es solo una parte de la rehabilitación psicosocial; alcanza un cierto punto del recorrido terapéutico, como etapa de una pedagogía de adaptación.

En Trieste no hemos visto nunca las cosas en estos términos, porque no hemos nunca reconocido las etapas del proceso terapéutico en su racional declinación: dentro y fuera del área hospitalaria, antes y después de la recuperación, antes y después de la crisis, al definir fases de cronicidad o de establecimiento según un modelo médico/clínico. Tampoco hemos pensado nunca que ciertos instrumentos de intervención fuesen de aplicación solamente para un usuario "estabilizado", que acepta o no acepta. Habiendo roto el sistema binario que caracterizaba todos los modelos de asistencia psiquiátrica en Europa (entre área de cura y área de rehabilitación psicosocial, entre los que han sido encerrados en los hospitales psiquiátricos y aquellos que son asistidos fuera) hemos creado una situación mucho más dinámica y compleja, algunas veces también confusa, pero indudablemente muy rica.

Por eso, hacia finales de los años '80 los servicios de salud mental comenzaron a

formar parte de la empresa social. La utopía de Franco Rotelli era desafiar en este sentido a los Centros de salud mental: la empresa social no tenía solo que controlar a las cooperativas, sino convertirse en una concepción social de hacer salud, al interno de las cuales los servicios deberían cambiar gradualmente su papel. Es esto lo que ha sucedido – donde más y donde menos, y también de diferente forma: por ejemplo, potenciando la actividad de auto organización del conjunto de usuarios. En las residencias gestionadas con el dinero de las personas, ya se aspiraba hace tiempo a la puesta en común de recursos; en los pequeños grupos, en los programas de ayuda a los familiares, ya desde la segunda mitad de los años '80 habíamos trabajado para crear puentes y redes, implantar la auto-ayuda, las capacidades de auto-ayuda y auto-organización. Se iba a la búsqueda de una subjetividad creativa: no solamente una subjetividad antagonista – la del usuario 'que se rebela' sino una subjetividad constructiva y constructora.

Creo aún mucho en las cooperativas sociales integradas porque es su interés específico acoger y sostener a los sujetos débiles. Se pueden realizar inserciones laborales en empresas externas, en privadas, encontrando personas disponibles, no condicionadas del estigma psiquiátrico, pero permanece una fuerte limitación en su capacidad para absorber los momentos difíciles, la crisis y la fragilidad general de las personas usuarias de nuestros servicios. El problema no se refiere tanto a la contratación: algunas personas han sido contratadas por tiempo breve por empresas privadas, pero los problemas son evidentes en cuanto atañe a la capacidad de contratación para un largo periodo. Una cooperativa ofrece por lo tanto mayores garantías para reconocer y afrontar las dificultades de las personas, tiene una finalidad de otra naturaleza, que no es solamente el beneficio de la empresa sino un valor social añadido.

Una cooperativa social no puede homologarse con una empresa externa o expulsar con facilidad; no puede remitir al remitente, o poner en práctica una suerte de discutible tolerancia: cuando alguien funciona lo mantiene, y cuando no funciona coge a otro.

Para todos la búsqueda de un trabajo y el hecho de aceptarlo corresponde a un sistema de coherencia que se quiere conservar y extender en el propio mundo, si es posible; si no es posible, sufrimos, y en cualquier caso aceptamos las condiciones de la realidad. Para quien sufre de graves trastornos mentales esta fase es aún más delicada porque le sobreviene generalmente en una fase de reconstrucción de identidad. Si uno sale de una psicosis es muy delicada su forma de re-adaptación con relación a propuestas que recibe de otros.

La formación del usuario

Todo esto acontece en una fase histórica en la cual la crisis del mercado del trabajo, unida a la del estado social, han colocado a los usuarios psiquiátricos (sobretudo jóvenes) en el interior de una amplia franja de sujetos a riesgo, allí donde son muchos los que no encuentran una fácil inserción laboral.

El boom de la formación, hoy fuertemente sostenida por la Unión Europea, de todos modos derivado de factores externos a nosotros, y de un movimiento que nace del mercado del trabajo, nos permite estructurar recorridos que antes no existían: por transitorios, temporales o contingentes, son recorridos en cualquier caso orientados al crecimiento. Por otro lado, viene a ser muy prolongado – no solo para las personas con trastornos psíquicos – el tiempo de logro de un trabajo real. Por donde quiera se discute la 'flexibilidad' en este sentido, mientras se transforma la cultura del trabajo como atributo de una identidad socialmente estable y definitiva.

Viene reconocida también la importancia de una formación concebida como campo de espera de objetivos y finalidades inmediatamente prácticas, de finalidades directas de aprendizaje.

Esto indudablemente se vuelve un aspecto importante si observamos las cosas desde el punto de vista del usuario. Una persona que interrumpe su propio recorrido de vida con la aparición de una grave enfermedad mental, y que entra en contacto con los servicios en condiciones de rotura y crisis de su mundo, tiene necesidad de poder gra-



dualmente explorar la realidad y reconstruir antes que nada en su cabeza la posibilidad de relación. La formación se presta en modo óptimo a hacer posible esta fase de espera y exploración de sí mismo, al constatar la potencialidad de relación de la persona con los demás.

Mi utopía personal es la de imaginar la formación en el interior de un recorrido integrado de salud mental centrado sobre el sujeto, sobre el individuo. Me pregunto, si es posible hoy construir, para una persona que llega a los servicios, un recorrido individualizado, y por lo tanto subjetivo, que a partir de sus problemas pueda modularse dependiendo de como la persona se desarrolla y desenvuelve, de manera racional con periodos legibles y constatables. . Es una utopía de cualquier modo constructiva, donde imagino el paso gradual del usuario a una condición efectivamente diversa. No la progresión prefijada en fases como sucede en la psiquiatría social, donde el “eje trabajo” previene de las graduaciones muy definidas: del laboratorio protegido se pasa al empleo transitorio y finalmente al empleo verdadero.

En este sentido el derecho al fracaso viene garantizado, entendido como parte del recorrido de la persona; y este derecho depende del hecho de asegurar las condiciones sucesivas de recuperación, en la percepción de encontrarse en una dimensión no excluyente, en la que se recibe una ayuda efectiva.

La rehabilitación socio-cultural y el desarrollo humano

En el ámbito de una formación entendida en sentido global, nuevas estrategias se concentran en el desarrollo de la capacidad y la oportunidad de acceso al territorio y a los derechos de ciudadanía. Entre éstos citamos la re-escolarización y todas las iniciativas dirigidas a la culturización y a la adquisición de una conciencia social del usuario-ciudadano.

Ayudar a las personas quiere decir también abastecer de instrumentos culturales, de comprensión y de avance, como en el programa innovador de “formaciones socio-

culturales” iniciado en Trieste en 1995 que se articula con otras acciones para el desarrollo humano ofertadas de las estructuras y de los programas del Departamento de Salud Mental. Ello consiste en cursos que relacionándose por módulos, tocan varios aspectos de la participación social mirando tanto a potenciar las competencias sociales y culturales como a volver accesibles a los usuarios recorridos individuales de ámbito pre-formativo y formativo, contrastando así trayectorias de de-socialización y de exclusión.

Un campo de “rehabilitación socio-cultural” puede entonces ser definido como de re-aprendizaje y de re-utilización de instrumentos de decodificación e interpretación de la realidad; re-aprendizaje y acceso a estrategias de comunicación; desarrollo de la capacidad de curación de uno mismo, la conciencia de uno mismo, la expresión de uno mismo. La identidad social y general, el conocimiento y el descubrimiento del territorio cultural, social y natural, la apropiación de capacidades lingüísticas y expresivas, el uso de medios en experiencias de comunicación social son algunos de los ámbitos afrontados.

La estrategia formativa combina la oferta de oportunidades (situaciones, estímulos, instrumentos) con el uso de métodos pedagógicos y didácticos; dirigidos a la implicación del paciente como sujeto activo, se trabaja en la “promoción de salud”; no solo a través del descubrimiento de las habilidades sino también de las expectativas y del significado que esto reviste para algunos. Medio indispensable del aprendizaje y de las estrategias comunicativas, que contiene el “valor añadido” de la participación y de la correspondencia, es el grupo de los cursillistas “con” los docentes (profesores, artistas, especialistas de otras disciplinas, al lado y a menudo en el puesto de trabajadores psiquiátricos y psico-sociales). El espacio-tiempo, definido del curso, prevé un contrato formativo que es la formalización de un recorrido, colocado en el exterior de los servicios en lugares de la ciudad. Los criterios de acceso no se fundamentan sobre diagnosis ni sobre áreas específicas de discapacidad social (incluso si se registra un predominio de alta utilización de los servicios por parte de los usuarios y/o larga





asistencia), sino sobre la valoración de las historias personales y de las diferencias. Una vez más una estrategia de implicación extensa que encuentra en Italia gran repercusión.

La óptica de la recuperación

¿Que evidencias ha arrojado la desinstitutionalización sobre el sufrimiento de los sujetos, dentro y fuera de la enfermedad?

Hoy emerge con fuerza, empujado por el movimiento de los usuarios, el problema de la “recuperación,” que viene erróneamente traducido, en el interior de un modelo medico biológico, como cura.

Recuperación desde el punto de vista del usuario quiere decir “recuperarse” del trastorno mental, restablecerse en el camino, en el recorrido. Es un proceso o recorrido profundamente personal y único de cambios de comportamiento, valores, sentimientos, finalidades, habilidades, papeles. Es al mismo tiempo desarrollo de significados nuevos, de un sentido nuevo del sí (Anthony).

Paralelamente en estos años surge la pregunta de como defenderse de los síntomas. La recuperación es aquí vista con independencia de ellos, o minimizando su impacto. Intentar autogestionarse. La experiencia de escuchar es hoy considerada parte de un recorrido de normalización (Romme). Para nosotros era “la vida a pesar” de los síntomas. Esto era una de las grandes enseñanzas de la escuela de la desinstitutionalización. Las personas podíamos estar en la comunidad, tener una vida normal, tener el derecho a una respuesta de las propias necesidades primarias y de relaciones.

Hemos experimentado la confrontación entre los conocimientos psiquiátricos y la experiencia de las personas: una dialéctica posible. Los primeros cursos de formación sobre “como defenderse de la enfermedad”; más allá del tentativo psicoeducativo, quería recuperar los conocimientos de las personas, su experiencia comunicativa (narrativas), antes de que las palabras de la psiquiatría la codificaran. Recientemente, se han practicado varias hipótesis de inves-

tigación con los sujetos y con sus historias: un modo diferente, más respetuoso, de investigar (Topor, Tooth). Aquí se abre un campo de nuevas preguntas.

¿Cuál es el fenómeno de la “recuperación”? Hay una direccionalidad pero no una linealidad del recorrido. Hay en efecto muchos caminos para alcanzar una relación diferente con la “enfermedad.” Esto se traduce en la unificación de las trayectorias. ¿Existe un “punto de cambio”? Algunas investigaciones parecen indicar esto (Topor). Se pueden describir las fases, los saltos cualitativos del recorrido. La dificultad para las personas, pero también para los servicios, es reconocerlos y valorarlos.

La cuestión de la “recuperación” conduce a preguntarse sobre la naturaleza misma de la enfermedad. En que modo los sujetos se relacionan con ella, la dirigen, no la subordinan más pasivamente.

Es ciertamente esencial la valoración del propio recorrido del sufrimiento como “experiencia.”

La recuperación no puede ser vista solamente como un recorrido individual. En tal caso sería de nuevo desatendida una ética de rescate del individuo de una condición, la enfermedad, vista aún como culpa. No de forma diferente a como la rehabilitación es re-educación, equivocadamente, o mejor, en el lenguaje del poder.

Preferimos asociar al termino recuperación aquél de “emancipación.” Queremos con ello subrayar el aspecto de no libertad que está unido a la condición de enfermedad como miseria personal y social, a la pérdida de los derechos, o al impedimento de acceso a los recursos socialmente disfrutables.

Entonces ¿que es la “curación”? ¿Cuales son los indicadores? ¿Desaparición de los síntomas? ¿Autoestima, autodeterminación, empowerment (Anthony)?

¿Que contribución pueden dar los sujetos a los cambios de las normas y de las ideas dominantes sobre la salud y sobre la enfermedad? Es necesario, antes de nada cortar el nexo discapacidad (enfermedad)-estig-



ma. Curar alude a un trabajo de desintrospección de la desviación, salir de la condición de enfermo.

¿Que pedir a los servicios para que faciliten la recuperación? ¿Riesgo, apertura, implicación, accesibilidad y flexibilidad, posibilidad de elección, acceso a oportunidades?

¿Que independencia tienen los recorridos de la recuperación de la ayuda profesional?

¿Cuales son los sistemas naturales de apoyo? ¿Cuales son los factores, personales y sociales, que los favorecen? La cuestión del poder, otra vez?

Para que emerja el sujeto, es necesario que entre en discusión el terapeuta, con sus certezas. Esto es que debe sanar y entonces la relación: entre quien asiste y quien es asistido. Recuperar el significado del termino asistencia: hacer de testigo, de marcapasos, de inspector del recorrido, y al mismo tiempo ayudar, sostener. No actuar sobre, sino con.

Es necesario además que alguno entre en el juego, se subjetivice con el enfermo. Para Basaglia, tal "reciprocidad" se basa en el hecho de que el terapeuta sea metido en discusión por el enfermo, así como el enfermo por el terapeuta. Cada uno entonces se hará reconocible por el otro.

La intersubjetividad del sentido alude entonces al RECONOCIMIENTO.

Conclusiones

En nuestra experiencia podemos por lo tanto identificar tres corrientes de intervención que se influncian y se cruzan recíprocamente.

———> (1) un trabajo sobre el "empowerment" (conferir autoridad, competencia, dar poder). Esto implica también:

———> (2) un trabajo sobre la identidad del usuario (hacia la autonomía del servicio, la "curación")

———> (3) un trabajo sobre la integración social, contra la desocialización y la margi-

nación.

Todas estas tres corrientes convergen sobre el punto de la actuación de los **derechos de ciudadanía**.

Una nueva organización de servicios que se basa en el reconocimiento, en su propia entereza, en la de los sujetos con los cuales entra en relación, no puede más que perseguir rigurosamente las trayectorias que le permitan recuperar sentido y valor, y le haga posible representarse en la sociedad, a los otros (Mezzina, 1987). Se puede empezar a realizar la puesta a disposición colectiva de habilidades desiguales, de "valores sociales" de aquellos fragmentos de "bienestar" y de "normalidad" que vienen producidos dentro y fuera de la "terapia" reconocida. Dar poder a los sujetos a través de su participación activa en la promoción de la salud mental quiere también decir aceptar su contribución a sucesivas transformaciones de un servicio, contra las inercias y los vínculos asistenciales, la medicalización de los problemas de la sociedad y de la vida cotidiana, la institucionalización de las relaciones con los trabajadores.

Para evitar entonces que la implicación en un servicio no reste una nueva forma de inclusión institucional, y por lo tanto de dependencia, la nueva cuestión será entonces aquella de construir conexiones comunitarias a cada nivel de servicios. Para "rehabilitar a quien rehabilita" (Rotelli, 1999), y crear posibilidades de emancipación del ciudadano usuario de los servicios, será necesario no solo establecer formas de participación activa de los usuarios en los servicios de comunidad, sino también reforzar las uniones con las instancias y los sujetos de la vida social, también estos de implicar en la promoción de salud mental (de los familiares a los trabajadores de los servicios sociales, sanitarios y judiciales, y así hasta llegar al cuerpo social); no solo garantizar la permanencia en el contexto social, contra las diversas formas de exclusión antiguas y nuevas, sino también dar acceso a posibilidades (Sen, 1992), a oportunidades para una verdadera inclusión como pleno ejercicio de los derechos sociales - a una real igualdad que no destruya las diferencias.

