

La desterapeutització de l'educació social en salut mental

Asun Pié Balaguer

PID_00192056



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. La lògica biomèdica en educació social	7
1.1. La terapeütització de la vida quotidiana: tecnologia dulcificada de vigilància	9
2. Processos i condicions per a la desterapeutització	11
2.1. Els ajustos primaris i secundaris	11
2.2. Els ajustos secundaris com a adaptacions al malestar	13
2.3. Revisitar els vincles	16
2.4. L'acompanyament social i educatiu	18
2.4.1. De la clínica de la situació a l'ASE	19
2.5. Traçar noves coordenades per a les feines pedagògiques	22
2.6. Contextos de salut: territoris, escenaris i experiències	24
2.6.1. Els territoris	24
2.6.2. Els escenaris de possibilitat	26
2.6.3. Llocs d'experiència	27
2.7. L'educador social: hermeneuta i etnògraf	29
Resum	32
Glossari	33
Bibliografia	34

Introducció

En aquest apartat treballarem l'articulació educativa d'alguns dels plantejaments esmentats en mòduls anteriors. És a dir, articularem el text a partir de la recerca d'algunes respostes en allò que concerneix l'educació social en salut mental. Quina posició ha de tenir? Què ha de fer? De quines eines disposa? És necessària? Com la pensem i imaginem? Per tot plegat, al començament abordarem certa recapitulació de l'estat professional actual per passar, després, a revisar els espais, els territoris i les relacions professionals. Per tant, els eixos de subjecte i entorn articulen aquest discurs i ho fan en clau educativa revisada. Així i tot, aquest apartat no s'ha d'entendre com un decàleg de bones intencions o, més aviat, de bones pràctiques, sinó com traços generals d'orientació que, molt sovint, obren més qüestions que no en tanquen. Interpel·len més que no tranquil·litzen. Tant és així que no plantegem una sistemàtica de la intervenció, un mètode tecnocràtic o una estratègia tàctica sinó, més aviat, una brúixola per a navegar pel món de la incertesa que ens obre la bogeria. Un tipus de coordenades que ens acosten a allò del tacte i el contacte sensible amb l'altre i ens allunyen de la seva assimilació o reducció. Per tot plegat, en primer lloc, tornarem a les aportacions de l'antropologia mèdica i a les obertures que produeix el seu discurs. En segon lloc, situarem algunes de les seves hermenèutiques en clau educativa. Aquí, tractarem dels ajustos primaris i secundaris, del vincle educatiu –del sentit o l'absurditat que té–, dels territoris explorats i inexplorats, específicament en allò que concerneix l'educació social, i, finalment, retornarem a la posició i funcions de l'educador social en salut mental, embastant un tipus d'*estar*, *caminar* i *comprendre* que abans hem anomenat *professionals exegetes*.

Objectius

- 1.** Analitzar les implicacions pedagògiques d'una aproximació antropològica (hermenèutica i crítica) al fenomen de la bogeria.
- 2.** Reflexionar sobre les possibilitats dels territoris i escenaris que operen pedagògicament en el sector de la salut mental.
- 3.** Reflexionar sobre les tasques i les funcions de l'educació social en l'àmbit de salut mental.

1. La lògica biomèdica en educació social

Tornem, un moment, al registre hegemònic introduït en l'apartat anterior, per fer i comprendre una instantània contemporània de l'educació social en aquesta matèria.

“El determinismo biológico es la negación a que, en la jerarquía del orden de las cosas, lo cultural o lo psicológico afecte a lo biológico. Es la ilusión de la independencia de lo biológico de todo contexto social e histórico que se expresa en dos direcciones: una autonomía de los procesos biológicos con respecto a la psicología y a las relaciones sociales y una dependencia de estos dos órdenes del substrato natural.”

(Martínez, 2008, p. 48)

El rellevant en aquesta qüestió, hem dit, és la negació, dins del paradigma biomèdic, de la casuística social i cultural en els processos d'emmalaltir. És a dir, el que es nega és l'àmbit social i cultural com a causa que produeix malaltia. En aquest sentit, veiem que sovint les orientacions biomèdiques consideren els àmbits social i cultural epifenòmens i no pas causes de la malaltia. Per tant, el model biomèdic s'instal·la en explicacions unicals sobre les malalties. D'altra banda, com hem vist, en aquest paradigma es defensa una idea de salut estàndard universal que no considera la interdependència entre normalitat biològica i normativitat social. Així, la malaltia s'entén com un fenomen unidimensional centrat en la biologia. Ens referim, doncs, una altra vegada, a les tres característiques centrals del paradigma biomèdic; això és:

- **unicausalitat,**
- **universalitat i**
- **unidimensionalitat.**

Retorn que vol insistir, per la importància que té, en la necessitat d'inscriure un supòsit multicausal de les malalties que doni compte de la relació complexa entre els àmbits social, cultural i biològic. I també que permeti comprendre allò que té d'irreal dissociar la normalitat biològica de la normalitat social. I finalment que permeti entendre la malaltia com a fenomen multidimensional, això és, que no exclou cap de les parts del tot implicades en el patiment dels subjectes.

És en aquest context de domini i monopoli biomèdic en què hem de situar la jerarquia de sabers que impregna el camp professional. Fixem-nos, en aquest sentit, que els diferents recursos de salut mental mostren una clara estructura piramidal entre disciplines. Tant és així que en la cultura professional hi ha hagut una espècie d'efecte d'esborrament dels àmbits cultural i social. Veiem aquest fenomen en la generalització d'un llenguatge mèdic, en professions socials, fins i tot en el mateix buidatge de significat d'alguns significants. En última instància, el que posa en evidència aquest fet és la relació de poder tan

arrelada que hi ha en el camp professional, que, d'altra banda, instal·la professionals socials en un lloc d'inferioritat o d'epifenomen. Això ha donat lloc a una falta de discurs propi sobre el fenomen de la malaltia per part d'educadors, pedagogs i mestres, entre d'altres. És com si l'educació no hagués de dir res sobre aquest tema. El discurs biomèdic és tan "complet" que completa altres disciplines, és a dir, "completa" la "incompletesa" i la "precarietat" d'aquestes altres disciplines per poder dir alguna cosa sobre la malaltia. Avui, l'educació social en salut mental és en aquest punt.

És evident que el monopoli del paradigma biomèdic en aquest terreny ha acabat adobant el camp de la sobremedicació i ha comportat, també, un efecte silenciador de les narratives subjectives de l'aflicció. Hem d'entendre també que aquest paradigma té el guiatge de la institució hospitalària i del tancament –que ja hem tractat en el mòdul "Les formes de govern de la diferència i el tancament de la bogeria". Dos tipus de tractament que avui dia continuen saturant el camp professional. Per tant, les preguntes pertinents sobre aquest tema són aquestes:

Com s'han d'abordar els dèficits socials en matèria de salut mental?, quin tipus de tacte i contacte s'ha de produir des de l'educació social en matèria de salut mental?, com s'ha d'entendre i tractar el patiment psíquic des de l'educació social?

En aquest apartat –en continuïtat amb els anteriors– pensarem com s'ha d'articular l'educació social en els processos en què irromp un diagnòstic psiquiàtric i en què s'inicia un període de tractaments i ingressos. En aquests casos, no es treballarà únicament segons la suposada simptomatologia psiquiàtrica, és a dir, segons les suposades dificultats individuals, sinó tenint en compte els efectes esclerotitzants de la institucionalització, la relació jeràrquica metge-pacient, la sobremedicació, les baixes expectatives de l'entorn sobre el subjecte, la hipersaturació de les famílies, etc. Per aquest motiu, una de les premisses ha de ser no preocupar-se tant pel que diu la psiquiatria que li passa al subjecte sinó per com es construeix patologia d'allò que li passa al subjecte, com s'intervé sobre allò que es diu que li passa, quins efectes té aquesta intervenció en l'autopercepció, les expectatives, el suport familiar, les capacitats d'automaneig, etc. No hem d'obviar que un dels objectius de la professió avui dia és, justament, minimitzar els efectes iatrogènics de la intervenció mèdica o de les dinàmiques manicomials que trobem en molts recursos de salut mental.

La jerarquització de sabers disciplinaris esmentada concorre també, com és lògic, en la mateixa jerarquia entre el que explica el subjecte sobre la seva dolència i el que explica el tècnic. Com hem vist, l'efecte immediat d'aplicar una lògica biomèdica és l'anihilació d'explicacions subjectives, existencials, socials, filosòfiques o culturals que, al cap i a la fi, alteren els mateixos supòsits de l'educació social. Es produeix, per tant, des d'aquest registre, una despersona-

lització i una expropiació de la responsabilitat en matèria de tractament. En aquest sentit, l'aproximació educativa que proposem té en compte els efectes del supòsit biomèdic en l'entorn, en la cultura professional i en el mateix curs de les malalties que diu que tracta. Per tant, no pensem en l'educador com una espècie d'auxiliar social que ve a treballar i emplenar qüestions secundàries i confrontants a la malaltia, sinó com a membre d'un equip que en conjunt aborda la complexitat del patiment humà.

1.1. La terapeütització de la vida quotidiana: tecnologia dulcificada de vigilància

Com hem vist, el valor del tancament, les lògiques de govern contemporani, l'autoregulació vigilada, la reducció de la bogeria a la comprensió biomèdica són qüestions, entre d'altres, que acaben envaint la vida quotidiana dels subjectes. Això passa des de la mateixa impossibilitat de pensar la bogeria des d'altres registres que no siguin la malaltia mental. També passa des de la construcció de sabers sobre la malaltia que neixen dels mateixos dispositius que la tracten, i no pas al revés. Tot plegat té una ascendència gens intranscendent en la mirada social dirigida a tothom a qui allò que els passa ho anomenem *malaltia mental*. Per tant, el tema de la terapeütització de la vida quotidiana s'ha de comprendre des de la lògica de l'autoregulació vigilada o, dit d'una altra manera, des de la idea de governar l'altre en llibertat. Cosa que, com hem dit, ens condueix a noves modalitats de subjecció de la diferència. D'altra banda, aquest tema també s'ha de comprendre des de la centralitat que pren la malaltia en la mateixa subjectivitat de les persones diagnosticades i, especialment, la centralitat que pren en les relacions interpersonals.

Des d'aquí, hem dit, la malaltia és una espècie de catalitzador que sembla que ho expliqui tot. La persona queda com absorbida per ella, colonitzada o segregada. En aquesta lògica, sembla que tot sigui símptoma d'aquesta malaltia i, en conseqüència, que tota activitat que practiqui el subjecte hagi de tenir com a objectiu la teràpia, la rehabilitació i la cura. Tot plegat recorda, permanentment, a l'altre el seu caràcter de malalt, que, en el nostre context occidental, es tradueix en una espècie d'estat permanent d'emmalaltir, això és, de cronificació.

Ens fixem, per tant, en el fet que la persona queda com atrapada per la interpretació medicalitzada d'un determinat fenomen: la bogeria.

Una situació que entenem com a mal que s'ha d'extirpar o eliminar. Veiem, en aquest punt, que entren en joc les noves tendències neohigienistes. Tota la vida, les relacions, l'àmbit quotidià es desborda per una lògica, pretesament

terapèutica, que, com que subjecta l'individu en aquest registre, el fa emmalaltir. Aquesta modalitat d'emmalaltir travessa la persona, la seva subjectivitat, la seva identitat, i queda com afectada per aquest tipus de mirada social.

En aquest punt, apareixen comportaments, idees i actituds que, fins i tot essent fruit d'un ajust primari a les expectatives socials, es llegeixen com a dificultats individuals medicalitzades. Aquesta dinàmica està relacionada amb un desplegament de la lògica psiquiàtrica i manicomial que envaeix altres tipus de modalitats de pensar el subjecte. Altres hermenèutiques possibles sobre allò que els passa, que diuen, que pateixen, que fan. Així, el que un fa, ho fa malament en tant que malalt; el que un pensa, ho pensa deformadament en tant que malalt; el que un diu, el desdiu o maleeix en tant que malalt. Tot plegat construeix una xarxa espessa en què la persona es veu reduïda, ofegada. En aquestes circumstàncies, s'ha d'assenyalar la importància de construir territoris que es moguin en altres registres. Això inclou dinàmiques, discursos, tècniques, rols i funcions professionals. Contextos, en fi, que se separin de la centralitat de la malaltia i ofereixin la possibilitat d'inventar-se, projectar-se, pensar-se des d'altres llocs.

En síntesi, actualment hi ha un excés de recursos que tracten la malaltia i una falta de territoris que abordin la salut. Aquesta situació no deixa d'estar relacionada amb una concepció restringida de salut –com a absència de malaltia–, generalista i, en conseqüència, miop pel que fa a l'àmbit particular.

L'excés de preocupació per la malaltia comporta conseqüències greus. No poder pensar-se sinó com a malalt afavoreix una autopercepció negativa, una adhesió a l'etiqueta i al rol de malalt, cosa que té repercussions directes en les motivacions, les expectatives i els projectes personals. Aquí, veiem l'exigència de construir relacions humanes que no es fixin en la malaltia, que projectin altres miralls en què es pugui imaginar o pensar l'altre. Per tant, aquí no parlem de constituir una altra lògica en el procés terapèutic sinó, justament, de desterapeutitzar els processos i els desenvolupaments humans. També parlem de reparar un llaç social, de restaurar aquest nus comunitari intervenint sobre l'entorn, impulsant un discurs "profà" sobre la bogeria i el patiment. I en conseqüència, també parlem de recolonitzar un saber sobre el que passa, sobre el que concerneix l'ésser que pateix.

Vegeu també

Podeu consultar els ajustos primaris en l'apartat 2.1 "Els ajustos primaris i secundaris" en aquest mateix mòdul.

2. Processos i condicions per a la desterapeutització

Arribats a aquest punt pensem que ha quedat prou fonamentat el perquè s'ha d'embastar una altra lògica d'aproximació a la bogeria. Per aquest motiu, a continuació pensarem una praxi professional que assumeixi, per endavant, la seva pròpia desterapeutització. Per tant, *a priori*, no volem curar, canviar o ni tan sols anomenar aquell fenomen ja sobradament replet de pretensions de sanació, correcció i etiquetatge. Entre altres qüestions, que desenvoluparem més endavant, aquesta possibilitat de construir territoris i relacions desterapeutitzades està relacionada amb les condicions següents:

- La desjerarquització dels sabers o l'establiment d'un diàleg bilateral entre saber tècnic i saber profà.
- La construcció de significats compartits sobre allò que passa. Cosa que comporta certa revisió de la construcció social de la bogeria. És a dir, de discutir, de narrar el que em passa elaboro una nova idea sobre el que pensava. Això és, construïm nous significats sobre els pretèrits que ens disposen envers altres accions i solucions.
- La fonamentació del rol professional segons la lògica de la reciprocitat bidireccional i simètrica.
- El valor de la paraula i el diàleg en les relacions interpersonals.

Així, doncs, a continuació aprofundirem en aquestes característiques i d'altres que fan d'alguns territoris escenaris privilegiats de salut mental. En la seva manera d'articular-se, d'assenyalar el que importa en la paraula i en les relacions. Un tipus de territoris productors d'efectes saludables, de benestar psíquic, sense buscar-ho, sense voler-ho en els seus objectius, encara més, justament per aquest oblit conscient de pretensió terapèutica. Tornarem, doncs, insistentment, a la qüestió de l'horitzontalitat i bidireccionalitat, a la qüestió de la complementarietat epistemològica i a la construcció de sentits i, per què no, de "sentiments" compartits. Ho farem, inicialment, recuperant algunes aportacions de Goffman que ja hem introduït abans –ens referim als ajustos primaris i secundaris–, que hem de comprendre en el registre d'allò que n'hem dit *arqueologia de la subjectivitat*.

2.1. Els ajustos primaris i secundaris

Els conceptes *ajustos primaris* i *ajustos secundaris* ens permeten analitzar els efectes de la dinàmica institucional en els subjectes. I, cosa que encara és més important, ens permeten ampliar la mirada sobre alguns tipus d'ajust humà.

Aquests conceptes els va treballar extensament Goffman, en l'obra *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Per **ajustos primaris** l'autor hi entén el següent:

“Cuando un individuo coopera en una organización, aportando la actividad requerida en las condiciones requeridas –en nuestra sociedad, sobre la base de ciertas pautas institucionalizadas de bienestar, impulsado por incentivos y valores conjuntos, y precavido por las advertencias–, se ha transformado en un cooperador; en lo sucesivo será el miembro *normal, programado o construido*. Da y recibe, con el ánimo debido, y según lo que estaba sistemáticamente planeado, implique esto poco o mucho de sí mismo. En definitiva comprueba que oficialmente se le pide que sea ni más ni menos que lo que estaba preparado a ser, y que se le obliga a vivir en un mundo con el que tenía afinidades análogas. En estas circunstancias, hablaré de un ajuste primario del individuo a la organización [...]”

(Goffman, 1961, p. 190)

És a dir, els ajustos primaris estan relacionats amb l'assumpció individual dels requeriments socials i institucionals. Així, doncs, amb el compliment de les expectatives socials que s'assignen als individus segons la classe social, el gènere, el color de pell, etc. Aquestes expectatives tenen canvis segons les característiques dels individus, l'estatus social, les presumptes dificultats, el rol social, etc.

Dels **ajustos secundaris**, Goffman ens en diu el següent:

“[...] el ajuste secundario, que defino como cualquier arreglo habitual, que permite al miembro de una organización emplear medios o alcanzar fines no autorizados, o bien hacer ambas cosas, esquivando los supuestos implícitos acerca de lo que debería hacer y alcanzar, y, en última instancia, sobre lo que debería ser. **Los ajustes secundarios representan vías por las que el individuo se aparta del rol y del ser que la institución daba por sentados a su respecto.**”

(Goffman, 1961, p. 190)

Això vol dir que una determinada institució pot atorgar als seus membres rols passius. És a dir, entendre'ls com a objectes d'assistència o tractament i que els subjectes, al seu torn, no vulguin assumir el rol i desplegar estratègies i comportaments que s'apartin d'aquest rol. El tipus de rigidesa normativa i el tipus de dinàmica institucional pot afavorir que aquests comportaments caiguin del costat dels ajustos secundaris descrits per Goffman. És a dir, el tipus d'institució, la definició prèvia que fa aquesta institució del fenomen que diu que tracta, el tipus de diàleg que estableix amb els subjectes, els nivells de participació, elecció i llibertat són, entre d'altres, algunes de les característiques que afavoreixen l'emergència d'ajustos secundaris.

Goffman entén els ajustos secundaris com les maneres d'apropiar-se els espais, les activitats, els objectes que posa en joc una institució. En síntesi, maniobres il·legítimes per a obtenir incentius i avantatges de determinades situacions sense que la institució prevegi o consenti aquestes situacions. L'autor aclareix que els ajustos primaris i secundaris són qüestions de definició social. Per tant, allò que en un període determinat es pot considerar un incentiu o una adaptació legítima, en un altre es pot tractar d'il·legítim. Goffman també puntualitza que en una mateixa institució el que es pot considerar un ajust primari per a

una categoria de participants es pot considerar alhora un ajust secundari per a una altra. La manera de definir i comprendre aquests ajustos té, per a l'autor, certa proximitat amb la qüestió de la norma i allò que està instituït. Així, encara que un ajust secundari no ha de comportar pas la violació explícita d'una norma, molt sovint ho pot fer. Aquest tema ens interessa per la possibilitat de comprendre'l fora de la qüestió estrictament normativa –que abordarem a continuació– i conceptualitzar-lo dins del registre de **respostes internes dels subjectes enfront del malestar** o d'allò que abans hem situat com a arqueologia de la subjectivitat.

2.2. Els ajustos secundaris com a adaptacions al malestar

A continuació tractarem la noció d'*ajust secundari* de Goffman més enllà del registre institucional. És a dir, com les maneres o maniobres que el subjecte rescata del seu interior i que no estan relacionades amb allò que es preveu. Sobre aquesta qüestió convé plantejar, *a priori*, una reflexió sobre l'expropiació del saber popular que ha experimentat la ciutadania en general. És a dir, el saber, el coneixement, ha estat progressivament capturat per les comunitats d'experts. Hi ha hagut, per tant, una expertització creixent que circula paral·lelament a l'atomització del coneixement. En aquest procés, al llarg de la modernitat occidental, s'han desacreditat els sabers populars i de l'experiència. Aquests sabers han acabat devaluats a no saber, a sabers deslegitimats. Així, s'ha delegat tot el poder de decisió o de saber sobre alguna cosa als tècnics, experts o estudiosos. Fixem-nos, per tant, que en moltes esferes de la vida els subjectes consulten els experts, i es desautoritzen per a dir o pensar sobre aquella cosa. Aquesta desautorització generalitzada ha anat alimentant una delegació i una suspensió de poder sobre el món de la vida dels subjectes. Per tant, hi ha hagut un traspàs de responsabilitats i de poder sobre les respostes i les explicacions d'allò que ens passa i, en conseqüència, de les mateixes solucions a allò que ens passa. Les respostes produïdes pels sabers experts són les que situem com a ajustos primaris i, en conseqüència, com a ajustos legítims.

Per exemple, un ajust primari és fer una consulta al metge, executar les indicacions donades pel metge o assumir el rol de pacient col·laborador, encara que aquesta col·laboració impliqui passivitat. En canvi, un ajust secundari és automedicar-se amb drogues legals o il·legals, buscar solucions desestandarditzades, fer un ús no previst de les institucions de salut mental o subvertir la mateixa etiqueta diagnòstica resemantitzant-ne el significat.

La tendència generalitzada, com hem vist, és llegir tots els actes del subjecte psiquiàtricat com a desajustats, com a símptomes. Des d'aquí, es deslegitimen o es neguen les possibles solucions al malestar que dona el subjecte. Per tant, la colonització progressiva del saber expert sobre totes les esferes de vida de la persona, sumada a la delegació de poder i responsabilitat que hem anat consentint, queden incrementades per la suspensió de credibilitat a què són sotmeses les persones amb diagnòstic. Aquesta lògica és la que, sovint, trobem inscrita en el mateix concepte de *consciència de malaltia*, que fa referència a allò que en el llenguatge clínic es coneix com a *falta d'introspecció (insight)*. Es refereix al coneixement conscient i a la comprensió del procés psicodinàmic i conductual propi. Es considera rellevant i central per a assolir canvis

en les conductes de les persones. El problema aquí el trobem en el fet que, sovint, les conductes de desinterès envers el rol de malalt, que, com hem anat dient, fan emmalaltir més que no pas curar, s'interpreten com a signes de falta d'introspecció, és a dir, com a indicadors de poca o cap consciència de malaltia i, en conseqüència, com a clar símptoma de mal pronòstic. I aquestes expectatives negatives sobre el transitar del subjecte, no hi ha dubte, construeixen realitat, en les mirades i les interaccions constants de la persona amb el seu entorn. Aquí, l'efecte Pigmalión esdevé, sovint, una cosa tangible i totalment real.

“En moltes ocasions, les persones que estan patint un problema de salut mental no tenen consciència de malaltia; 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. 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 simptomatologia. Així, la capacitat per a prendre decisions d'una persona queda posada en dubte a causa del 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.”

(Ferrer *et al.*, 2009, pp. 9-10)

Òbviament, a partir d'aquí, les solucions no es proposen; s'imposen. L'estructura lògica que actualment sosté els tractaments es fonamenta en aquesta idea de falta de criteri de realitat, cosa que comporta la paràlisi de la voluntat, la imposició del tractament, la justificació de l'ingrés involuntari, la necessitat de tractar la simptomatologia i la prioritització de la contenció per sobre de qualsevol altra mena de consideració. En aquest sentit, s'entén que mentre la persona sigui governada per la simptomatologia no pot governar les seves accions, qüestió que d'alguna manera reapareixerà insistentment al llarg de la vida del subjecte, és a dir, al llarg de la seva carrera psiquiàtrica. Per tant, aquesta paràlisi de la voluntat sobrepassa i desborda els desajustos puntuals de la persona fins i tot acceptant que aquests desajustos hagin de comportar una intervenció involuntària. Per tant, pensem que és molt qüestionable aquesta suspensió permanent del criteri dels subjectes psiquiatritzats sobre allò que els concerneix. L'observació en territoris psiquiatritzats, l'experiència de projectes comunitaris (Correa, 2009; Pie, 2010) i les opinions dels subjectes concernits en diferents treballs (Diversos autors, 2007; Diversos autors, 2005; Ferrer *et al.*, 2009; Velasco, 2011) ens indiquen que perniciosos que és aquest assumpte. És a dir, aquesta paràlisi de la voluntat, fa emmalaltir més del que diu que cura.

Ens sembla interessant, doncs, pensar els ajustos secundaris com la tendència connatural de l'ésser humà a buscar respostes internes al malestar. Reconèixer, així, el saber propi sobre el que passa, sobre el que ajuda o destrueix. És a dir, pensem en un **procés de legitimació d'aquests ajustos secundaris**. Recuperar, per tant, el saber propi sobre el que ens passa o els passa, i les solucions que hi ha. Així i tot, és evident que el saber expert té un valor. Per tant, aquí no parlem de rebutjar-lo sinó d'encaixar-lo amb el saber de l'experiència que mostra la persona, articular-lo, en fi, amb aquestes narratives de l'aflicció de què ens parlava Martínez. És evident, doncs, la necessitat de diàleg entre els

dos tipus de sabers. És a dir, l'establiment d'una lògica del pacte i la negociació en els tractaments. En síntesi, l'assumpció d'ajustos secundaris com a legítims i necessaris en aquests tractaments. Això té relació amb refundar la confiança en l'altre i revisar les qüestions de la responsabilitat en els patiments propis. Aquí hi ha una revivificació de la idea de subjecte en tant que subjecte amb poder d'autodeterminació. Les possibilitats de traçar camins des de l'experiència pròpia i les solucions pròpies exigeixen aquesta revisió de l'expropiació de responsabilitats en allò que passa. Aquesta devolució, però, implica assumir, sense condicions, que l'altre pugui inventar solucions "desviades", presumptament inadequades, inesperades, molestes i incòmodes que xoquin, al cap i a la fi, amb allò que s'espera socialment. En aquest sentit, s'ha de poder sostenir aquesta possibilitat. Fer-se càrrec d'allò que a un li passa inclou tenir el poder per a assumir-ne les conseqüències. No hi ha dubte que tot això produeix uns efectes renovats sobre el subjecte. Hi ha riscos? Per descomptat. Dir que sí a la vida, però, comporta obrir la porta als riscos. Aquí s'imposa la distinció entre el que és vida amb sentit (*bio*) i el que és vida d'espècie (*zoé*). Ens fixem en el fet que hi ha molts tipus de tractament (cirurgia, tancament, abús de fàrmacs, teràpia electroconvulsiva, etc.) que se sostenen en aquesta última lògica. Tots aquests tractaments tenen com a objectiu procurar la protecció del pacient davant els seus impulsos autodestructius. El problema d'això, com ens diu Larrosa, resideix en el que significa *vida*.

"Nosotros no tenemos una palabra para designar propiamente la vida, y eso permite expresiones tan paradójicas como *esta vida no es vida*, o *la vida está en otra parte*."

(Larrosa, entrevistat per Barceló i Fernández, 2001, p. 128)

El problema de l'aplicació de determinades tècniques psiquiàtriques agressives o d'algunes lògiques persuasives és que, sovint, volent protegir la vida, maten una vida amb sentit –encara que sigui amb patiment o sigui breu–, per crear una vida de supervivència, sense dolor i sense sentit. La qüestió que veiem inscrita en aquesta lògica és, doncs, aquesta: quina vida val la pena viure i fins a quin punt es pot matar la vida, per a salvar-la, per a fer-la durar més, per a protegir, finalment, la vida de la mateixa vida? (Barceló i Fernández, 2001, p. 129). La lògica en la nostra estructura psiquiàtrica està relacionada, majoritàriament, amb aquest sentit restrictiu del que és vida.

"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 anul·lar la mateixa persona [...]. El benestar es construeix de manera oposada a la voluntat."

(Ferrer *et al.*, 2009, pp. 13-14)

O en paraules d'una persona directament concernida per la pràctica psiquiàtrica:

“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, habló conmigo la directora y dijo que no 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.”

(Ferrer *et al.*, 2009, p. 24)

Es tracta de la negació de la vida mateixa, perquè la vida concorre amb riscos, que en l'hermenèutica psiquiàtrica es llegeixen com a perills de desajust. Això comporta, doncs, que moltes vegades la intervenció pivoti sobre el control, la normativa, el protocol i l'obstaculització de la vida mateixa, és a dir, la negació que passin coses en el si de la institució. El perill, doncs, de la mateixa vida és reemplaçat per una pèrdua de voluntat i llibertat per a prendre decisions. I quan tot l'entorn està muntat en aquesta lògica de negació i imposició, l'únic espai possible per a ser i decidir és el rebuig frontal de totes les mesures imposades. Qui converteix les relacions en confrontacions és la mateixa estructura psiquiàtrica i no el suposat funcionament patògen del subjecte. Després d'aquesta dinàmica, especialment present en les intervencions de contenció, es demana al subjecte que col·labori amb el seu tractament, és a dir que sigui proactiu en el seu procés de recuperació. Així i tot, no hi ha un traspàs real de poder, sinó que hi ha encara una imposició velada de col·laboració, cosa que alimenta més la sensació d'incomprensió i pèrdua d'autonomia.

En síntesi, pensem que les solucions al patiment han d'incloure un significat lligat a la biografia pròpia, al significat propi que la persona construeix sobre la seva vida. En aquests termes, doncs, l'autoatenció, l'autogestió, l'ajuda mútua i l'acompanyament socioeducatiu –que tractarem més endavant– comporten possibilitats interessants per a revisar el fonament d'alguns tractaments.

2.3. Revisitar els vincles

El tipus de relació professional que es construeix en els territoris en què es diu que es tracta la bogeria és una altra de les qüestions que afavoreixen o impossibiliten un exercici desterapeutitzat. Veiem, doncs, sobre aquest tema, llocs en què les relacions aguditzen i parteixen de la dicotomia malalt-tècnic, en què es recorda a l'altre el seu lloc de permanent inferioritat, de subalternitat. Inferioritat construïda per la distribució desigual del poder, la poca capacitat de decisió i participació dels qui hi són anomenats *malalts*, la menysvaloració dels seus raonaments perquè són entesos pel registre medicalitzat del deliri, de la desraó, en lloc de fer-ho com un altre tipus de raó. Quan aquí parlem de desprofessionalitzar les relacions, indiquem la necessitat d'allunyar-se d'una determinada cosmovisió de la professió. D'una determinada manera de tractar aquest tipus de diferència humana. En primer lloc, considerem important allunyar-nos de la qüestió de tractar, corregir, curar. Per tant, no hi ha pretensions terapèutiques ni rehabilitadores de cap mena. És paradoxal que, en la pràctica professional, aquesta absència d'intenció vagi de costat amb una millora en els sentiments dels subjectes. Si podem deixar de mirar l'altre com a malalt –això implica també pensar la mateixa educació social des d'un altre lloc–, aquest altre podrà trobar un altre mirall per a mirar-se, no ja com a malalt. Desplaçar

aquesta qüestió, però, com hem dit, també implica desplaçar, trastocar la mateixa professió de l'educació social. Revisar-la, de manera que la seva feina ja no depengui de l'alterització d'aquests altres que diu que educa o, encara més, de la seva funció d'auxiliar psiquiàtric centrat en allò que no importa, en allò que és epifenomènic, en allò que és secundari, en fi.

L'educador social s'hauria de preguntar per la relació professional que manté amb les persones amb diagnòstic. Preguntar-se pel mite de la distància professional i, en aquesta interrogació, entreveure la possibilitat d'un altre tipus de relació, difícil de definir i d'explicar.

Un dels interessos de revisar les relacions professionals és, justament, eliminar els binomis cuidador-cuidat, educador-malalt, que situen l'altre en el paper d'allò que no té, que li falta, allò que va malament, sense possibilitat de pensar-se des d'un altre lloc. El que resulta desgastador i empobridor és que les professions socials repeteixin aquest model. Un dels interessos de sortir d'aquests binomis és articular territoris en què aquest altre no quedi capturat per la qüestió del diagnòstic. Ens hem preguntat si hi podia haver aquest tipus d'espais en el si dels serveis especialitzats. És a dir, si podien ser en aquells llocs que diuen que tracten la psicopatologia. La resposta la trobem en les possibilitats que ens ofereix la fugida, la ruptura eventual de la lògica hegemònica. Es tracta de la idea presentada per Mannoni (1979) a *La educación imposible* i batejada per ella mateixa com a *institució esclatada*. Aquest concepte comporta pensar la institució de manera oberta a l'exterior, permeable, permetent amb anades i tornades, facilitadora doncs d'esdeveniments diversos, majoritàriament negats en altres tipus d'institucions psiquiàtriques. Així, pensem en territoris que permetin la particularitat, la negació, la fugida, la ruptura, la inadequació, l'apropiació i diferents usos de l'espai. Per tant, ja no preocupa l'ordre, ni la classificació, sinó la mobilització, el desig i l'esdeveniment. És a dir, deixar pas a la vida, als seus suposats riscos i a tot el que això comporta. En definitiva, obrir la porta a l'experiència –que tractarem més endavant– i al que implica aquesta experiència en matèria d'oportunitats.

La vinculació horitzontal, lluny de la professionalització, és a dir, lluny dels actes que recorden incansablement a l'altre el seu lloc marginal, permet que les persones recuperin el control de les seves vides, de la definició d'allò que els passa. En aquest sentit, és important fer un trànsit de la passivitat de l'assistència cap a l'apoderament que provoca l'aparició d'un rol social actiu. S'ha de donar suport a les iniciatives individuals, a les solucions pròpies que emergeixen incansablement. S'ha d'acompanyar en aquest ventall de propostes dirigides a allunyar-se de l'exclusió, la patologització i la segregació.

Aquí el que resulta essencial és permetre que en el si de les institucions passin coses. Aprofitar els esdeveniments que emergeixen i l'atzar com a substancialment educatius, com a possibilitats d'experiències personals. És a dir, obrir-les en la seva pròpia lògica, fer-les "esclatar" en certa manera per a poder reinventar aquells efectes pauperitzadors en escenaris de possibilitat. En paraules

Reflexió

Quin paper té un educador que decideix abandonar la carrera professional a favor d'una articulació horitzontal, no travessada per la malaltia? Quines són les seves funcions si ha de deixar de ser professional per a ser més persona?

Lectura recomanada

M. Mannoni (1979/2005). *La educación imposible*. Buenos Aires: Siglo XXI.

de Deligny, es tracta de gaudir de la poètica de l'atzar, és a dir, d'entendre les circumstàncies atzaroses com un vertader ordre que es contraposa a la lògica de la causa i l'efecte, a la lògica clàssica institucional que, com hem vist, ho vol preveure i controlar tot. És en la ignorància i en tot allò que és imprevist on neixen noves configuracions. Dit amb les seves paraules:

“cualquier cosa podía suceder. Verdaderamente no podemos hablar de método, y esta posición del *cualquier cosa* no es, ciertamente, una posición pedagógica. Sin embargo, descubre horizontes infinitos.”

(Deligny, 1971, p. 214)

Justament aquest acte de possibilitar horitzons infinits és el que hauria de permetre qualsevol institució que es vulgui pensar com a educativa.

Un exemple d'institució esclatada el trobem en el club social Aixec. En aquest territori els subjectes diuen que troben un tracte diferent de les lògiques psiquiàtriques, una mirada que els produeix un sentir-se més còmodes, menys interrogats pels requeriments de la normalitat:

“Jo vinc al club social perquè a casa em cauen les parets al damunt i, mentre estic aquí, em trobo bé, em trobo més bé.”

“Jo vaig venir aquí i hi vaig tornar perquè no em van demanar cap paper, no em van preguntar res, no els importava el diagnòstic.”

En un altre lloc hem parlat de la necessitat de pensar la relació des de la sensibilitat. **Sensibilitat** envers l'altre i la seva manera singular de circular pel món. Per tant, és aquesta sensibilitat la que defineix i caracteritza fonamentalment aquest tipus d'espais que hem anomenat **desterapeutitzats**. Hi ha, doncs, un plus en el valor de la diferència, un respecte per les solucions inventades (ajustos secundaris), una preocupació pel patiment, una devolució de la responsabilitat, una certa visió poètica i política de la bogeria.

Com hem dit més amunt, si descentrem la malaltia de la relació, també revisem el professional. Aquí pensem en un educador que no es troba còmode en el paper d'educar. Que busca allò que el defineix en la seva trobada amb la diferència. I en aquesta recerca, s'interpel·la i interpel·la els subjectes amb qui treballa. Un educador, en fi, descrit immillorablement per Deligny:

“Un poco poetas, un poco pintores, un poco canturreadores de buena música, un poco comediantes, exhibidores de sí mismos y de marionetas, honrados con el instante, chupadores de certidumbres y escupidores de preguntas, piel viva a flor de sociedad, indiscutiblemente inadaptados, preocupados de su vagabundeo y pacientes pescadores de caña [...]”

(Deligny, 1971, p. 180)

2.4. L'acompanyament social i educatiu

En continuïtat amb la cosmovisió expressada fins ara sobre el que és i no és la bogeria i sobre la manera de pensar l'educador social, a continuació tractarem el tema de l'acompanyament social i educatiu (ASE). Pensem aquest marc filosòfic i metodològic des de les obertures, esquivades i interrogants que té.

Lectura recomanada

A. Pié (2010). *De la reinvençió de la discapacitat o de l'articulació de nous tipus de trànsit social: la pedagogia i les seves formes sensibles*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Per tant, aquí no s'ha d'entendre com una tecnologia social sinó com a marc conceptual que permet orientar un tipus de pràctica professional més proactiva envers el subjecte, més oberta a la diferència, sense constriccions ni assimilacions; més pròxima, en fi, a la idea d'*etnografiar* que d'*educar*. D'això, però, en tornarem a parlar més endavant.

Parlar de més proactivitat del professional ens exigeix alguns matisos de distinció entre l'ASE mateix i la clínica de la situació. Ja hem introduït el fet que ens sembla que el camp de la salut mental està saturat d'un excés de terapèutica. Aquesta situació, hem dit, redueix el camp d'acció per a pensar-se des d'un lloc no patològic. Per tant, orientar una pràctica professional des de paràmetres terapèutics implica tornar a reproduir la mateixa cosa en aquesta direcció. Això comporta pensar les relacions, els espais i les diferents propostes des d'un lloc que ja no es vol que sigui terapèutic i, en conseqüència, comporta pensar la mateixa bogeria d'altres maneres. Així i tot, ens podem preguntar el següent: què hem de fer davant situacions de patiment i de demanda d'ajuda?, què hem de fer si justament treballem en territoris que es mouen en aquesta lògica terapèutica? Ens sembla que la resposta la trobem, justament, en les coordenades de l'ASE mateix i en les lògiques de la institució esclatada esmentada més amunt. Vegem-ho.

2.4.1. De la clínica de la situació a l'ASE

Per *clínica de la situació* hi entenem l'obertura del marc de la clínica a altres espais, *a priori*, no terapèutitzats; això és: la parada de l'autobús, el carrer, la cuina, etc. És a dir, aquí parlem d'una desterritorialització de l'abordatge clínic. Pot semblar, doncs, que el fet de simular un esborrament de la clínica comportaria que desaparegués. Així i tot, si l'abordatge es planteja com a clínic es legitima aquesta terapèutica. S'imposa el joc de no fer-ho evident però, al cap i a la fi, canviar l'ordre dels factors no altera el producte. Es planteja un marc en què l'estratègia no és terapèutica d'entrada, tot i que en realitat ho continua essent. En definitiva, pensem que anomenar-lo *clínic* respon més a les necessitats del professional que a les dels subjectes als quals es dirigeixen aquestes pràctiques. Com es plantejava en els cercles de Radio Nikosia, la pregunta típica del clínic, "Hola, com estàs?", situa l'altre en un rol d'emissor que està al mateix nivell que l'exigència d'ocupar un lloc subaltern. Aquest efecte el veiem exemplificat brillantment en la pel·lícula *Persona*, dirigida i produïda per Ingmar Bergman el 1966. S'hi produeix un gir inesperat entre el qui parla i el qui escolta, que s'esdevé paral·lelament a un exercici de poder subtil, ara desplaçat. El qui parla –la doctora– s'exposa, es mostra en tota la seva transparència, ofereix la seva vulnerabilitat, en aquest cas a la suposada pacient. La terapeuta, amb l'afany de tractar el mutisme de la pacient, parla i parla, narra la seva vida, allò que sent i pateix fins que es produeix un gir; moment en què ens preguntem: qui necessita a qui?, a qui ajuda la relació terapèutica?, quina direcció pren la relació i quin rumb nou apareix amb el monòleg incessant de la doctora? Dient això, no qüestionem la clínica sinó que simplement pensem en allò que concerneix les posicions de parlant i oient, allò que poden

implicar o amagar aquests llocs de dir i escoltar –no sempre, ni en qualsevol lloc. Pensem, en fi, fins i tot a preservar aquesta clínica a l'espai que li és propi i no pas a desbordar la seva lògica fins a buidar-la de sentit.

Per tant, moure la clínica de lloc no esborra els objectius i efectes que té sinó que simplement els vol invisibilitzar. Encara més, moure la clínica implica, sovint, pervertir-ne el sentit i desvirtuar unes eines totalment útils en el seu context. Ens sembla, per tant, des de l'educació, més interessant plantejar un marc d'acompanyament socioeducatiu desterapeutitzat sense cap pretensió clínica.

A priori direm que acompanyar no és fer clínica, ni assistir, ni tutelar. El model de l'**acompanyament** respon a una filosofia de la **relació social i educativa** més que a unes tècniques concretes. Es tracta d'una manera d'entendre la relació entre el professional i la persona acompanyada. És a dir, comporta una manera particular de situar-se en aquesta relació educativa, d'entendre la bogeria i entendre la posició pròpia i les funcions professionals pròpies. Segons Auriol i Leboutte (1992), *acompanyar*:

“No és acollir, és **respondre a una demanda lliure** mitjançant una competència i una solidesa perdurables d'una persona que vol aconseguir el **seu** objectiu i que el vol mantenir. Acompanyar no és ni remolcar, ni empènyer, però sí avançar al costat de la persona que aprèn, al seu ritme i parar-se amb ella quan l'objectiu s'ha aconseguit o quan ella ho decideixi. Acompanyar no és decidir l'itinerari, però sí aconsellar, orientar, donar opinions, anar al gra. Acompanyar no és solament oferir un servei en un lloc específic, sinó també en la comunitat mateixa on viu la persona: des del seu punt de partida cap a la consecució del seu objectiu. Acompanyar no és portar un projecte i una acció cap a la persona sinó que és participar de la manera més subsidiària possible en el **seu** funcionament cap a la seva consecució.”

(Auriol i Leboutte, 1992, citat per Caspar, 1994a, p. 64)

Per tant, *acompanyar* està més relacionat amb encarnar un lloc de sustentació, d'abric, d'interpel·lació, d'orientació, d'amistat, etc., sobre les qüestions que demani el subjecte que no amb qualsevol altre tipus de pretensió imposada o dissenyada pel professional mateix, o amb qualsevol intenció clínica. Així, doncs, acompanyar on? On el subjecte vulgui. Com? Pactant el camí, les parades, les arrencades, les estacions. Es tracta d'un compromís mutu de relació i de procés. És evident, doncs, que si ho plantegem en termes de **pacte** i **acord** hi ha d'haver **voluntat** i **demanda**. Unes condicions prèvies d'acord ineludibles. Sobre aquesta qüestió s'ha de dir que aquestes condicions prèvies no s'han de forçar, ni s'han de fer precipitar. Aquí hi ha uns temps de formulació de la demanda que marca el subjecte, la seva pròpia gestió del malestar, els seus projectes, els seus desitjos... Per aquests motius extraïem les **característiques** següents:

- **Acompanyar és respondre a una demanda lliure.** Es parteix de la idea que és el subjecte interessat el qui decideix si vol ser acompanyat al llarg d'un procés que estableix ell mateix. No és de rigor imposar un acompanyament a una altra persona o desplegar estratègies de seducció que més aviat fabriquen l'altre. L'acompanyament no es mou en la lògica del *tu* o *jo* (el teu projecte / les meves intencions) sinó en la construcció d'un *nos-*

altres allunyat d'aquesta bipolaritat. Per tant, *acompanyar* no té res a veure amb *tutelar*.

- **Acompanyar és avançar al costat de l'altre.** Sense jerarquies, avançar al costat de l'altre és, com hem dit, compartir un projecte comú. Des de la perspectiva de l'acompanyament, l'educador pot tenir un rol de motor inicial en el moment de l'arrencada. Així i tot, després ha de ser el subjecte interessat el qui fa els esforços. Aquí, sovint, veiem dificultats perquè els propòsits dels subjectes es tradueixin en una assumptió real d'esforços. Tant si és per un excés d'intromissió de l'educador com per una espècie d'acomodació al rol de malalt o com per una interiorització del discurs hegemònic pel que fa a ocupar aquest *sense lloc*, aquest punt es converteix en un nus de dificultats.
- **Acompanyar no és solament oferir un servei en un lloc específic sinó també en la mateixa comunitat.** Per tant, no s'ha d'entendre l'acompanyament des de llocs segregats. Hi ha d'haver una obertura real cap a la comunitat, una interacció sistemàtica amb l'entorn, un acte d'interpel·lació constant a aquest entorn, un accés d'espais més restrictius a espais menys restrictius. En aquest sentit, tenint en compte el nostre mapa de recursos actual, les institucions s'han d'entendre com a llocs de trànsit que permetin una evolució real cap a una vida més autònoma i autodeterminada. Cap a una vida, en fi, que no tingui a veure solament amb transitar-la sense sorpreses o vaivens, sense sentit, sinó construïda des dels significats mateixos.
- **Acompanyar és oferir i assegurar als subjectes la capacitat de localitzar i mobilitzar els recursos, els mecanismes i les xarxes socials existents que són accessibles a la resta de ciutadans.** L'educador assumeix la funció de possibilitador de situacions mitjançant les quals l'altre pugui accedir a espais socials que moltes vegades li han estat negats.

Per tant, l'ASE és una acció transversal que incorpora diferents àmbits i espais de vida dels subjectes. No hi ha un marc específic d'aplicació encara que sí que hi ha condicions prèvies per a aquesta aplicació (voluntat i demanda). Es recolza en les capacitats i els projectes del subjecte. No té en compte, per tant, les etiquetes, els diagnòstics o els dèficits sinó allò que demana el subjecte. Inclou una idea clara de trajecte, de desplaçament, d'un punt a un altre punt que han de tenir clars totes dues parts. Es tracta d'un tipus d'intervenció fonamentada principalment en la relació interpersonal que s'estableix. En certa manera, es busca restaurar les relacions socials generadores de vincles socials. L'ASE s'erigeix en si mateix en un espai de socialització i de paraula a partir del qual l'experiència pot ser reexplorada, resignificada, narrada i resemantitzada. Es converteix, o es pot convertir, per tant, en font de presa de consciència i d'afirmació de si mateix. Aquí parlem **del valor de la trobada humana**. Una trobada caracteritzada, en fi, per la **dialogicitat** i la **reciprocitat**.

En síntesi, aquí entenem l'ASE, en paraules de Deligny, com una presència lleugera que inclou un saber estar que no substitueix la voluntat del subjecte, ni precipita una demanda, ni sedueix o fabrica. És a dir, lluny d'abandonar l'altre amb les seves dificultats i lluny d'ocupar una posició intrusiva. Posició incòmoda, sens dubte, per la mateixa fragilitat que té.

Podem entendre l'ASE, també, dins d'un acord tripartit entre subjecte concernit, servei de salut de referència i educador. Aquí pensem en acords previs que introdueixin les condicions de gestió en èpoques de desajust social o crisis psiquiàtriques. Això ens sembla interessant en la mesura que obre una solució al tractament o ingrés involuntari tan estès en el nostre territori. Així i tot, aquesta pràctica no és generalitzada en el nostre país, cosa que requeriria una cultura de treball en xarxa que encara no s'ha consolidat.

Plantejades les qüestions centrals d'aquest acompanyament, convé aclarir que l'ASE no va en detriment d'espais d'ajuda mútua autogestionats pel mateix col·lectiu psiquiàtric. Tant és així que l'acompanyament s'ha d'entendre també des de la dimensió grupal i autogestionada. És a dir, des de la lògica de la cotutoria de processos o, més aviat, des del saber sobre el patiment per part de subjectes psiquiàtritzats amb llargs recorreguts i, en conseqüència, amb llarga experiència. I això en el registre de l'autoatenció que es desenvolupa més endavant. Així i tot, pensar aquí l'autogestió en clau d'acompanyament no habilita per expropiar-la de la comunitat de persones concernides i convertir-la en mètode professional. Això és: reapropiar-se aquelles pràctiques ja que això seria, més aviat, pervertir una cosa que ja circula i tornar a dipositar el saber en mans d'uns altres, cosa que, en definitiva, deixa de ser autoatenció.

En síntesi, el requeriment de més proactivitat en l'acompanyament no va en detriment de la responsabilitat dels subjectes psiquiàtritzats sinó, més aviat, tot al contrari. Quan parlem de devolució de responsabilitats o de restauració del poder sobre el que ens passa o els passa no volem legitimar un abandó del subjecte sinó un canvi de coordenades al qual ja hem al·ludit i que a continuació sintetitzem.

2.5. Traçar noves coordenades per a les feines pedagògiques

En què consisteix aquest canvi de coordenades? On col·loquem substancialment aquest gir? Recapitulant algunes qüestions, considerem important en el fer i la feina de l'àmbit social i educatiu "parar-se a", és a dir, tenir en compte i comprendre els contextos culturals i socials del patiment. Sense detriment de l'àmbit biològic, és obvi que un educador ha de focalitzar més l'atenció en aquests terrenys. En aquesta direcció, tornem a indicar la importància de la narració subjectiva sobre el patiment propi. Hi ha d'haver, sobre aquesta qüestió, una relació dialèctica entre saber expert i profà. Una dialògica del que passa, del que fem i proposem com a solució. Aquestes solucions han de ser particulars, no estandarditzades i subjectes a revisió. La relectura ha d'estar lligada a la construcció de nous significats particulars. En aquest sentit,

pensem que les explicacions i les narracions no són estanques ni petrificades o inamovibles. Els subjectes canvien les percepcions en el transcurs de la vida i més en la mesura que aquesta vida és repleta d'experiències. La relació d'acompanyament, més que donar respostes, obre preguntes, formula noves qüestions que interpel·len l'altre i a un mateix. I en l'acte freqüent d'interrogar, entès més com a actitud que com a exercici, es possibilita la pregunta sobre el presumpte problema que s'ha d'eradicar, sobre les solucions que s'han donat i es donen, sobre els significats d'aquell patiment.

Sobre totes aquestes qüestions hi plana la idea que el patiment és connatural a l'ésser humà i, en conseqüència, social i cultural perquè no és pur cos, és permanentment idea sobre el cos, és indissociable d'això i, per tant, no hi ha una cosa així com un cos essència o exterior. És en aquesta qüestió de pensar i construir els cossos com a cossos de llenguatge en què es fa evident el malestar social que hi tenen inscrit, la construcció de la malaltia i la seva pròpia causa en l'àmbit social. Perquè l'àmbit social pot fer tant de mal com el biològic, no en sentit figurat sinó real, com ho demostra, entre d'altres, el mateix efecte nocebo¹ en el curs de les malalties. Per tot plegat es qüestiona la categoria de malaltia, com a idea de cos erroni o disfuncional, desconnectat del context. Pensem que la prioritat és el subjecte definit com a malalt, no els efectes de la medicació en el cos. Així, l'acompanyament se centra en la demanda, el consentiment, les expectatives i els projectes personals; els significats, en fi, que aquest subjecte construeix sobre el que li passa. Ens interessa, per tant, allò que en Pau ens explicava en mòduls anteriors; no l'hermenèutica psiquiàtrica que retorci fins a l'absurditat el seu discurs, sinó el que aquest subjecte ens explica, els seus significats, el seu punt de vista. S'escolten, doncs, aquests significats que dóna el subjecte a allò que s'esdevé en el seu interior i en el seu entorn. Els sorolls de l'encaix o desencaixament social. Es comprèn el patiment com a símbol que concentra diversos significats. Molts dels esforços, com hem vist, s'orienten a la consecució d'una espècie d'efecte macroscòpic, és a dir, a una devolució constant del text al context, del que s'esdevé en l'entorn. Per tant, no preocupa o no ha de preocupar solament el subjecte sinó tot l'entorn que l'acull, el fa emmalaltir o el cura.

S'ha de dir que aquest canvi de coordenades ha de ser encarnat o, encara millor, és possible en la mesura que l'educador esdevé **etnògraf**. Diem això i insistim en això perquè sovint hi ha una espècie d'excés de voluntat educadora sobre aquella persona que, segurament, ja està educada i, probablement, més del compte. Entenent aquest *educar* com canviar o millorar allò que no va bé. Cosa que, en fi, ens porta una altra vegada a aquella terapèutica iatrogènica que ja hem esmentat. En aquest sentit, és important centrar-se a comprendre, descriure aquesta lògica diferent, la que acompanyem, per travessar els avatars de la salut-normalitat estandarditzada fins a la construcció, més aviat recuperació, d'aquella normalitat soterrada, catapultada o enterrada en els significants psiquiàtrics. Fins a aconseguir, hem dit, cert assossec i conciliació entre la singularitat del subjecte i l'àmbit contextual o social. Fins a crear, conjuntament, un lloc o territori en què sigui possible allò que ens deien l'Isaac i en

⁽¹⁾Fenomen invers a l'efecte placebo, més popularitzat i conegut. Segons Martínez (2008, p. 72), "El fenómeno de la muerte por vudú, el papel del etiquetamiento en el empeoramiento de la salud o el aislamiento por falta de red social y su correlato en la mortalidad son ejemplos de lo que en la literatura antropológica-médica se ha definido como efecto nocebo. Este efecto estaría relacionado con el impacto, no sólo en la mediación, sino en la producción, de determinadas expectativas o profecías de autocumplimiento como resultado del desequilibrio inmunitario inducido por las emociones y sus efectos neuroquímicos".

Josep: “La normalitat... Què és la normalitat? Jo em comporto normalment per a mi mateix”. Fins on sigui possible, doncs, aquest “per a mi mateix” a què al·ludia en Josep.

En síntesi, aquest canvi epistemològic inclou una reconsideració de la dimensió social del patiment, entesa com a impulsora i constructora de malaltia i com a dipositària de solucions a aquest malestar. Per tant, una de les qüestions centrals és esdevenir actor-constructor de línies d'acció col·lectiva. Aquí es fa evident la importància de la recuperació de la dimensió política del patiment. En aquest punt es tracta el desenvolupament de la consciència col·lectiva, articulada des de la denúncia social i la defensa dels drets ciutadans. Aquí és on sembla que és pertinent indicar la qüestió de l'associacionisme, la construcció de territoris de vinculació i articulació amb l'àmbit social que, al cap i a la fi, hem anomenat *territoris desterapeutitzats*.

Vegeu també

Consulteu la dimensió política del patiment –tractat més extensament en el mòdul “Pedagogia crítica i política en salut mental”.

2.6. Contextos de salut: territoris, escenaris i experiències

Dels territoris desterapeutitzats ja n'hem parlat, d'institucions esclatades que permeten anades i tornades. En aquest punt aprofundirem en aquesta idea, en un concepte territorial més ampli i no solament restringit a espais educatius. Es tracta d'una idea de territori que abraça conceptes i discursos en què se situen les dicotomies i les relacions construïdes a partir d'aquestes dicotomies. Per tant, farem una distinció entre el concepte de *territori* i el d'*escenaris*, entenent el de *territori* com a espai delimitat per una lògica, uns objectius i una geografia concreta, i el d'*escenaris* com a escenes inscrites dins d'aquell territori i que poden superar, eventualment, les lògiques hegemòniques que s'imposen. Aquesta distinció neix de la preocupació sobre què s'ha de fer i com s'ha de fer des d'aquells recursos que són inscrits i orientats per lògiques biomèdiques. Com s'ha de treballar, en fi, des de les bretxes d'un sistema que, sovint, aixafa les narratives dels uns i dels altres. Com s'ha de ser educador-etnògraf en contextos terapeütitzats i manicomials. Com es pot produir un gir des de l'interior, obrint significats, introduint microobertures que impliquin un tracte més fructífer envers la bogeria en relació amb el benestar.

2.6.1. Els territoris

Un territori és una extensió de terra que forma una circumscripció política. La tasca d'educar ha d'estar orientada a la reapropiació de territoris colonitzats pel model mèdic hegemònic. Aquest model ha endurit les fronteres territorials pel que fa als conceptes i els dispositius. També s'han endurit les nocions de *dins* i *fora*. Tornar a ser a dins després d'un diagnòstic, com hem vist, és extremament difícil. Sembla que l'estructura i el sistema estan pensats més per a exiliar que per a flexibilitzar ponts.

Per tant, la feina de l'educació, en aquest punt, és inventar actuacions que construeixin textures de permeabilitat. Això últim està relacionat amb els recursos que permeten la **barreja** i el mestissatge subjectiu.

Aquí entenem aquesta barreja com a **hibridació**. Això vol dir que l'articulació social de la diferència té com a finalitat autoritzar hibridacions que sorgeixen en moments de transformació històrica. Aquesta autorització té relació amb la legitimació dels sabers profans que ja hem introduït. *Hibridació*, per tant, entesa com a interacció entre allò que és subaltern i allò que és hegemònic, entre el centre i la perifèria. Això és una espècie d'encreuament entre aquests sabers hegemònics i de l'experiència. Per tant, implica que la dinàmica dels territoris de salut descrita es pugui desbordar, en certa manera, i impregnar altres serveis de salut, de la mateixa manera que ho fa la cultura oriental en el si de l'occidental. És a dir, parlem d'una transacció cultural que evidencia com les cultures globals són assimilades per les locals, i viceversa (Feixa i Nilan, 2009, p. 74). Es tracta, doncs, d'orientar les accions i les creacions culturals de les minories cap a una clara intenció de trastocar els discursos que colonitzen els sabers particulars sobre la bogeria i d'incidir-hi.

En síntesi, més enllà d'una determinada situació de barreja i suspensió d'etiquetes, la hibridació pot permetre la construcció de discursos compartits sobre la bogeria.

En aquest punt és on hi ha una ruptura entre ells i nosaltres. Ja no sabem qui és qui. I aquesta obertura i permeabilitat territorial posa en qüestió l'excessiva segregació o especialització d'alguns dispositius. Sobre aquest punt no s'apela a la seva desaparició sinó a l'ampliació de mirades sobre la bogeria. Parlem, doncs, d'una recolonització territorial i d'un esborrament de fronteres. Això implica que els recursos o les respostes al malestar no es construeixin sobre la lògica de dins o fora. El tipus de resposta, com hem dit, ha d'estar connectada amb la vida, amb el significat donat a la vida mateixa, connectat doncs amb el que podem anomenar *exterior*, amb la connexió d'allò més interior a allò més exterior, i viceversa. Parlem, doncs, de pensar els espais de segregació des de la construcció de ponts en què es pugui anar i tornar. Així, el sistema comença a organitzar-se des de la seva qualitat vital, fluida i rizomàtica. Es faciliten interaccions que, al seu torn, construeixen altres relacions difícilment imaginables abans.

En definitiva, plantegem augmentar la permeabilitat de les institucions socials, i també la flexibilitat dels llocs i les maneres de pensar-se i existir. Llocs, doncs, capaços d'adaptar-se a les diferents modalitats d'existir, encara que aquesta existència sigui en els marges.

Aquests llocs despatològitzen el patiment, es preocupen de les narratives de l'aflicció i desemmalalteixen l'àmbit humà. Hi ha, per tant, una suspensió de categories, una desjerarquització de sabers i dirs. El professional, ja ho hem dit, és més persona que professional i, des d'aquest lloc, pot articular un espai en què l'altre es pot pensar en les seves pròpies modalitats. Són territoris que, de vegades, persisteixen com bombolles fràgils de salut, en un medi social que emmalalteix. Com illes, en fi, que sorgeixen en un mar de lògiques psiquiàtriques i ofereixen resistència en la mateixa condició marginal que tenen. Són territoris de pas, de trànsit perquè produeixen mobilitat, no fixen el subjecte, impulsen a l'acció, a provar noves categories, nous tipus de relació i, particularment, de relació amb la diferència. Alguns d'aquests **territoris** són espais que sobreviuen en els marges, en el llimdar. I és justament perquè **s'estan en el llimdar que desestabilitzen les fronteres, les suspensen i afebleixen**. Per tant, hem d'estar molt atents al fet que aquest marge i llimdar hi continuï essent, ja que la seva mateixa permanència, en el tall de la frontera, és garantia de discurs i acció contrahegemònica. No s'hi val, doncs, empassar, assimilar o absorbir allò que és marginal i convertir-ho en model perquè aquest desplaçament paralitza el potencial que té. Aquí hi ha una recerca permanent de marges que garanteixin, en fi, d'una manera o d'una altra, aquests **altres llocs possibles envers la diferència**.

2.6.2. Els escenaris de possibilitat

Els territoris desterapeutitzats, hem dit, s'inscriuen en una lògica de dissentiment sobre el fet d'haver de ser permanentment un malalt. Es produeixen, per tant, escenaris de no-control. S'allunyen d'aquesta idea, de la qüestió de ser l'ull que tot ho veu. Més aviat es tracta d'un no voler saber res més que el que l'altre vol explicar. Són escenaris que són inscrits i reescrits diàriament pels seus actors, subjectes actius que pensen noves textures des dels seus interessos i motivacions. La idea d'escenari és important perquè permet inscriure, dins d'alguns territoris rígids i monolòtics, altres lògiques. Allò, doncs, que hem anomenat *transacció cultural* o *encreuament entre saber hegemònic i profà*. Per tant, es poden donar, en aquests territoris, escenaris de possibilitat. I encara que aquesta qüestió és difícil ja que moltes institucions no permeten, no consenten cap marge o interstici, sabem que hi ha algunes posicions professionals que afavoreixen aquesta emergència d'escenaris que obren més que tanquen. En aquests escenaris, no s'espera res dels actors, ni que vinguin, ni que inventin, ni que s'aproximin, ni que s'allunyin, i és precisament aquest fet de no esperar res el que mou i promou que a l'altre li passin coses. Ens allunyem del rol de pacient que imposa i prescriu una determinada realitat, cosa que comporta un efecte de ruptura i desestabilització que obre altres possibilitats per a pensar-se i imaginar-se. Fonamentalment, on col·loquem, doncs, aquesta posició professional que més aviat obre altres possibilitats? Pensem, entre altres espais, que en la significació de la mateixa paraula en la relació amb el subjecte

psiquiatrizat. No en un verbalisme ingenu, però, sinó en un gir semàntic, en una reciprocitat i construcció narrativa sobre el que esdevé al subjecte i sobre la seva posició social, institucional i existencial.

2.6.3. Llocs d'experiència

Ens sembla pertinent, en aquest esforç per centrar la tasca educativa, destacar el concepte d'*experiència*. I això, per allò que obre i consent l'experiència. Un aprèn del que li passa i del que fa amb allò que li passa, del que pensa sobre allò que li passa. Així i tot, algú pot opinar que això no és educació, és vida. Justament, però, veiem que el que li passa a l'educació altament formalitzada, institucionalitzada o normativitzada, la que sovint veiem en salut mental, és una negació de la mateixa vida produïda per aquella insistència a educar o, més aviat, per la mania a burocratitzar-la. Aquí, *educar* és constrènyer, restringir, limitar, controlar. Tornem, doncs, a aquella qüestió segons la qual **allò que és vertaderament important** no s'ensenya, sinó que **s'experimenta** i, justament perquè s'experimenta, **s'aprèn**.

Es tracta, doncs, de produir obertures en els territoris que diuen que aborden la malaltia mental. Proposar, consentir, cosa que, en fi, eixampla el llaç social, el vincle amb l'altre i el sentit d'allò que és comú. Un territori i projecte que no implica o imposa, sinó que simplement s'ofereix com a lloc. I això genera qüestions com la producció d'esdeveniments potencialment educatius. Aquí és on es posa en joc la idea esmentada per Deligny sobre l'atzar. El que aquí resulta essencial és que en els espais passin coses. S'aprofitin els esdeveniments sorgits i l'atzar com a substancialment educatius, com a possibilitats d'experiències personals. Tornant a Deligny, es tracta de gaudir de la poètica de l'atzar, és a dir, entendre les circumstàncies atzaroses com un vertader ordre que es contraposa a la lògica de la causa i l'efecte, a la lògica clàssica institucional que ho vol preveure i controlar tot. És en la ignorància i en tot allò que és imprevist on neixen noves configuracions. Justament és l'acte de possibilitar horitzons infinits, és a dir, l'acte de possibilitar una vida bio i no solament una vida *zoé*, cosa que hauria de permetre qualsevol institució que es vulgui pensar com a educativa. Aquí parlem, per tant, de l'experiència en el sentit que fa servir Jorge Larrosa (Larrosa, 1996, 2001 i 2008).

Som en aquella línia de Rancière (2003) de comprendre els processos d'aprenentatge com a traduccions, d'allunyar-nos d'aquella noció de pedagogia crítica que n'hi ha que han anomenat *pedagogia de la revelació*. Aquí, més aviat, es tracta de comprendre els territoris com a espais oberts d'experimentació en què es confronten una pluralitat de perspectives (Wilde-meersch, 2011). Aquesta manera d'articular els territoris pot afavorir una radicalització de la democràcia ja que es dilueixen les jerarquies entre experts i profans. És a dir, continuant amb Rancière, es qüestiona la dicotomia clàssica entre intel·ligències inferiors i superiors. Hi ha una cosa, del que aquí proposem, que està relacionada amb el compromís de crear un espai públic. És a dir,

l'accent ja no el trobem en el suposat coneixement expert o superior –psiquiàtric, en el nostre cas– i la transmissió d'aquest coneixement, sinó en el **valor trobada** i, per tant, habitualment en **l'experiència de l'àmbit comú i públic**.

També sabem, però, que Rancièrè comprèn l'aprenentatge com a traducció. És a dir, es parteix del supòsit que tots els actors són capaços d'involucrar-se comprensivament en el que passa.

“Todos ellos son traductores en potencia que traducen unos signos en otros que crean vínculos entre lo que ven, lo que escuchan y lo que se está haciendo.”

(Wildemeersch, 2011)

Tots ells, doncs, tenen un paper central en la configuració i la multiplicació dels sentits. I si en la modernitat hem tingut una espècie d'excés d'un únic sentit, ara veiem la necessitat de configurar l'educació d'una altra manera. D'una manera plural i sempre provisional. Que la brúixola hagi explotat en infinitat de direccions no vol dir que la crítica ja no tingui sentit però sí que vol dir que la pedagogia crítica pren una nova configuració, no recolzada ara en les revelacions de la veritat d'un educador que és central sinó, més aviat, en la comprensió que l'àmbit està relacionat, fonamentalment, amb noves maneres de veure el món. Aquí l'àmbit polític ja no és un missatge concret sinó aquesta multiplicació dels sentits i les traduccions sobre allò que passa. És a dir, en la línia de Foucault, el poder –òbviament entès també com a resistència– no s'exerceix solament des d'allò que es nega o reprimeix sinó des d'allò que es produeix com a possibilitat, en l'obertura o multiplicació de significacions.

Per tant, fa falta projectar-se cap a la feina d'inventar sentits (Mèlich, 2003), en plural i de vegades en contradicció. Llavors, quin espai li queda a l'educador quan ha estat desposseït de contingut tecnopsiquiàtric? Pot ser, com hem vist, que intuïtivament ens aproximem a la idea d'acompanyar l'altre, aquest subjecte actiu, singular i igual a nosaltres des de l'exercici de la diferència. No és intranscendent, però, caracteritzar els elements clau del procés d'oferir-se a l'altre amb la voluntat de transitar, conjuntament, per la sendera d'allò que és incert, comú i públic.

Aquest tipus de pedagogia, que aquí veiem en certa manera despedagogitzada, revisada des de l'etnografia, i vivificada en la vida mateixa, la podem anomenar, segons proposa Wildemeersch, *pedagogia pobra*. Pobra perquè no se sosté en grans sistematitzacions o grandiloqüents aparells conceptuals. Pobra perquè recupera allò que és fonamental, allò més essencial que sovint queda velat per la tecnificació i la instrumentalització. I pobra també perquè se centra en el que és menut, particular, contingent, present i no per això menys important sinó, més aviat, al contrari. Aquí no sabem del demà o del tipus d'ésser humà que volem, sabem de l'avui, del que passa aquí i ara. Creiem, doncs, en les possibilitats i també les incerteses d'una pedagogia pobra en educació

social. Un tipus de fer, pensar i interpretar que no digui que vol superar les diferències sinó que permeti noves accions i enteses impredecibles sorgides en la confrontació d'aquestes diferències (Wildemeersch, 2011).

Pedagogia pobra, de la ignorància, del no saber, sensible, contingent, lligada a la vida. Projectada a la conquesta d'espais convertits en territoris de l'àmbit humà, oberta a la desconstrucció institucional com a requisit indispensable per a l'esdevenir d'un nou arrelament social.

Pot ser que emergeixin noves significacions, que circulin multiplicitat d'interpretacions en tant que la vida es fa present en els espais, en tant que deixi de preocupar el control sobre la vida i ens ocupem més de deixar viure la vida mateixa.

En definitiva, volem assenyalar la necessitat de revisar la inscripció de l'àmbit polític en el mateix cos de l'educació social i, específicament, en matèria de salut mental. Una dimensió política relacionada amb la revivificació del territori, amb la reinscripció de l'àmbit públic, amb la ruptura vertical de la transmissió de sabers, amb la col·lectivització del patiment propi.

2.7. L'educador social: hermeneuta i etnògraf

Per comprendre, doncs, els processos d'emmalaltir, hem mirat de defensar un model hermenèutic i crític. Aquest model supera les reduccions de la clàssica distinció entre l'àmbit biològic, cultural i social. Per tant, quan parlem d'aquest enfocament hermenèutic i crític ens referim al fet que no deixem de banda ni les obertures o significacions locals i particulars –cosa que podem situar més dins de la competència de l'hermenèutica– ni els factors o processos que actuen en la producció d'aquests significats –cosa que podem situar dins de la dimensió més crítica i política.

El model hermenèutic i crític i, en conseqüència, dialògic pren, com hem vist, els eixos de la multidimensionalitat, bidireccionalitat i simetria relacional (Martínez, 2008). La multidimensionalitat implica més que la suma de les parts. És a dir, diu alguna cosa més que una ampliació de factors implicats en els processos d'emmalaltir. Comporta un canvi de naturalesa de la teoria explicativa. En fi, un canvi de registre que hem intentat identificar en el gir epistemològic que hem presentat. Pensar l'educació social des d'aquí implica anar més enllà dels tan estesos plantejaments biopsicosocials i comprendre els processos de salut i malaltia en tota la complexitat que tenen.

La bidireccionalitat es refereix a una experiència pròxima dels professionals. Es refereix també al fet de comprendre els significats locals que es construeixen en relació amb un fenomen. En definitiva, està relacionada amb un comprendre, indagar sobre la manera com són les coses i no sobre la manera com haurien

Segons Martínez

Des d'aquesta posició, s'ha d'indicar que la malaltia no és solament discurs o llenguatge; efectivament, hi ha alguna cosa més que articula aquest llenguatge, com les relacions socials en què es produeix. Així i tot, per a Martínez, "[...] si es cierto que una enfermedad supera el plano estricto del lenguaje para involucrar todo un mundo, también lo es que la llave que el investigador tiene para acceder a ese mundo es irremediabilmente lingüística y cultural" (Martínez, 2008, p. 173).

de ser. Aquest punt té una rellevància especial pel que fa a l'educació. La té pel caràcter prescriptiu que molt sovint implica aquesta educació. És a dir, per l'interès que té a fer pivotar la seva activitat a l'entorn de la norma, la regularitat, el que hauria de ser. Per tant, en aquesta qüestió, s'obre la pregunta sobre si es pot pensar una educació que no es fonamenti en la prescripció.

Es pot pensar una educació que no planifiqui o dissenyi sobre la base d'una cosa que hauria de ser i no és? O més aviat hi pot haver una educació que no vulgui fabricar, modelar o incidir sobre allò que no va bé?

Perquè, sens dubte, voler incidir sobre el que no va bé comporta tenir una mica de certesa sobre el que és anar bé. I això, al cap i a la fi, és una prescripció, una veritat fundada sobre un ideal que suposem com a bo. Aquesta idea del que és bo és la que no deixa de produir reduccions i simplificacions de la realitat. El problema d'aquest plantejament no és tant el que planteja com el que tanca, exclou, calla o silencia. En aquesta línia, hem dit que és pertinent pensar l'educador des de l'etnografia. És a dir, des dels intents per comprendre els significats que es construeixen o circulen en aquell context, més que des de la transmissió del que hauria de ser o passar. Una cosa és centrar-se en el que hauria de ser, segons supòsits normatius, i transmetre, per tant, aquestes normes, i una altra és comprendre, descobrir o explorar el que passa allà. **Capturar el sentit, el punt de vista dels qui hi estan implicats.** Aquí, però, la posició d'un mateix també està implicada en aquesta comprensió. Per això ens diuen que "en realitat, l'etnografia és un procés de reelaboracions progressives que es van configurant en i pels vaivens de les posicions epistèmiques de l'investigador". Perquè, què és si no un educador? Un investigador, doncs, de les significacions subjectives i socials que se succeeixen en els trajectes personals i comunitaris. Parlem d'un vaivé entre les configuracions locals i les expertes. I és en aquesta relació dialògica entre sabers, produïts per les anades i tornades conceptuals, on se situa el nostre educador-etnògraf. Una posició liminar, d'estar en el marge, que permet la bidireccionalitat comunicativa. És en aquest sentit que comprenem aquella "presència lleugera" de què hem parlat abans. No tenim cap dubte, per tant, que aquell procés d'acompanyar de què hem parlat s'ha de poder pensar des d'aquesta funció etnogràfica i hermenèutica.

Abans hem parlat de la relació professional. I és en aquest apartat en què situem el tercer eix esmentat per Martínez; això és: les **relacions simètriques**. Aquestes relacions no impliquen un esborrament del professional, sinó una reciprocitat més gran entre les unes i les altres. Per tant, no es tracta tant de desdibuixar-les com d'entendre-les des de la simetria. S'entén en aquest punt que, justament, aquesta reciprocitat més gran és la que ens ha de portar a com-

plir moltes vegades la funció d'acompanyants –tema que ja hem introduït més amunt. Per tant, hem dit, no apuntem a un esborrament professional sinó a una complicitat i diàleg més gran entre sabers experts i profans. En definitiva,

“[...] el establecimiento de una mayor simetría deriva también en una mayor corresponsabilidad y empoderamiento de los actores y los grupos sociales.”

(Martínez, 2008, p. 189)

Perquè el que importa en totes aquestes qüestions no és determinar què és educació i què no és educació, o fins on sóc etnògraf i fins on sóc educador, sinó comprendre com es construeixen els patiments, quin tipus de significats tenen per als actors, quins factors micro o macro interactuen amb aquests patiments. És a dir, el que realment importa en matèria de salut mental és la qüestió del patiment i el que podem desplegar per fer-lo més suportable, per poder produir, en fi, allò que és necessari i contribuir a convertir aquell *sense lloc* en *un altre lloc* en què es pugui transitar des de la diferència pròpia, sense negar-la, sense patir, sense doblegar-se a un únic sentit sobre el que s'esdevé.

Finalment, considerem que és pertinent subratllar les relacions epistemològiques entre aquest educador-etnògraf i els professionals exegetes esmentats abans. És a dir, com una mena d'interpretadors, d'hermeneutes del dolor aliè. Això és, com aquell descodificador de patiments i estratègies que ens proposava Correa en l'apartat anterior. Per tant, veiem en aquest cos d'exegeta una unió entre la feina hermenèutica i el mateix acte d'etnografiar, cosa que exemplifica el que és, en realitat, un etnògraf o el que aquí hem retolat com el nostre educador-etnògraf. La idea que hem de sostenir, en fi, és deixar de normalitzar per passar a comprendre, és a dir, interpretar, flexibilitzar el tacte i els tipus de construcció de respostes al patiment humà.

Resum

En aquest apartat hem plantejat les orientacions o punts cardinals essencials que ens aporta l'antropologia mèdica, incardinats ara en l'educació social. L'objectiu ha estat resoldre alguna cosa de l'ordre del criteri educatiu, reformulat o reinventat aquí en termes d'etnografia. Per tant, hem vist el tipus de característiques que ha de reunir la relació professional en relació amb la diferència, els marcs filosòfics o metodològics des dels quals es pugui pensar la relació en termes de trajecte i les possibilitats dels entorns o territoris descentrats de la feina de curar i, fins i tot, d'educar. Finalment, hem situat el que considerem que és essencial en la feina de l'educador social i que concerneix, específicament, l'acompanyament, la dialogicitat de les relacions i sabers, i també la interpretació o descodificació del mateix patiment humà.

Glossari

efecte nocebo *m* Fenomen invers a l'efecte placebo, més popularitzat i conegut. Segons Martínez (2008, p. 72), "El fenómeno de la muerte por vudú, el papel del etiquetamiento en el empeoramiento de la salud o el aislamiento por falta de red social y su correlato en la mortalidad son ejemplos de lo que en la literatura antropológica-médica se ha definido como efecto nocebo. Este efecto estaría relacionado con el impacto, no sólo en la mediación, sino en la producción, de determinadas expectativas o profecías de autocumplimiento como resultado del desequilibrio inmunitario inducido por las emociones y sus efectos neuroquímicos".

hermenèutica *f* Teoria que, en sentit restringit, significa traduir o interpretar. Podem situar tres tipus d'hermenèutica, que corresponen a la seva mateixa evolució epistemològica. En primer lloc, una hermenèutica centrada en l'art d'interpretar textos sagrats. En segon lloc, una hermenèutica que estudia les regles i mètodes de les ciències de la comprensió amb la finalitat de construir un fonament metodològic universal per a totes les ciències de l'esperit. En tercer lloc, finalment, una concepció que neix com a reacció a l'anterior. Aquesta hermenèutica adopta la forma d'una filosofia universal de la interpretació i els seus representants són Nietzsche i Heidegger; posteriorment, Gadamer i Ricoeur se situen en la línia de Heidegger però proposen noves obertures contemporànies. Nosaltres fem referència a aquest tercer tipus d'hermenèutica.

rizoma *m* Tija subterrània, més o menys gruixuda, desproveïda de clorofil·la i amb les fulles reduïdes a escates. El rizoma es distingeix d'una arrel pel fet de tenir fulles rudimentàries i gemmes. Té arrels que neixen sempre del rizoma mateix. Hi ha rizomes que són verticals però la majoria creixen horitzontalment. De vegades tenen creixement indefinit, treuen brots aèris per l'àpex i es destrueixen progressivament les parts més velles. El 1980 Deleuze i Guattari, en l'obra *Mille plateaux*, proposen aquesta metàfora del rizoma per exemplificar la metàfora inicial de xarxa de Deligny. El rizoma s'oposa a la xarxa; els autors subratllen la imatge d'una forta racionalitat en l'organització, la distribució rígida en l'espai segons direccions, eixos i jerarquies. La distribució del rizoma en l'espai subterrani és molt diferent: "Com els arbres i les arrels, el rizoma connecta un punt qualsevol amb un altre punt qualsevol i cadascun d'aquests trets no reenvia necessàriament un altre tret de la mateixa naturalesa; el rizoma no es deixa ordenar, no conforma unitats sinó dimensions, direccions que es mouen. No hi ha inicis ni finals, sinó sempre un mig pel qual creix i es desborda. El rizoma està fet de línies: de segmentarietat, d'estratificació, com a dimensions, però també línies d'escapada o de desteritorialització. Com una dimensió màxima després de la qual, seguint-la, la multiplicitat es transforma i canvia de naturalesa" (Ribordy-Tschopp, 1989, pp. 77-78). Aquest autor detalla que, coneixent la repugnància que Deligny mostrava a les imposicions, la metàfora del rizoma s'acomoda més bé a allò que l'autor anomenava *xarxa*. El més significatiu de la metàfora del rizoma no és la imatge sinó la revelació que ens aporta en la manera com s'estableixi la idea de construcció de les relacions humanes.

Bibliografia

- Barceló, L. i Fernández, D. (2001). *Monos como Becky*. Bilbao: Virus.
- Caspar, P. (1994a). *L'accompagnement des personnes handicapées mentales*. París: L'Harmattan.
- Caspar, P. (1994b). *Au peuple des silencieux*. París: L'Harmattan.
- Deleuze, G. i Guattari, F. (1973). *El AntiEdipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Deligny, F. (1971). *Los vagabundos eficaces*. Barcelona: Laia.
- Diversos autors (2005). *El libro de Radio Nikosia: voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.
- Diversos autors (2007). *¡Uníos hermanxs psiquiatrizadxs en la guerra contra la mercancía!* Madrid: Taller de Investigaciones Subversivas UHP.
- Feixa, C. i Nilan, P. (2009). Una joventut global? Identitats híbrides, mons plurals. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 43, 73-87.
- Ferrer, A. et al. (2009). *La relació entre les persones usuàries i professionals en l'àmbit de la salut mental: Zon estudi psicosocial. El procés terapèutic*. Barcelona: CET Apunts.
- Goffman, E. (1961). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu.
- Larrosa, J. (1996). *La Experiencia de la lectura: estudios sobre literatura y formación*. Barcelona: Laertes.
- Larrosa, J. (2008). Una lengua para la conversación. A J. Maaschelein i M. Simons (Eds.), *Mensajes E-ducativos desde tierra de nadie* (pp. 45-56). Barcelona: Laertes.
- Larrosa, J. et al. (2001). *Habitantes de Babel: políticas y poéticas de la diferencia*. Barcelona: Laertes.
- Mannoni, M. (1979/2005). *La educación imposible*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Martínez, Á. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Mèlich, J. (2003). La sabiduría de lo incierto. Sobre ética y educación desde el punto de vista literario. *Educar*, 31, 33-45.
- Mèlich, J. (2006). *Transformaciones: tres ensayos de filosofía de la educación*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Pié, A. (2010). *De la reinvençió de la discapacitat o de l'articulació de nous tipus de trànsit social: la pedagogia i les seves formes sensibles*. Tesi doctoral presentada a la Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Rancière, J. (2003). *El maestro ignorante*. Barcelona: Laertes.
- Ribordy-Tschopp, F. (1989). *Fernand Deligny educateur "sans qualités"*. Ginebra: Les Editions IES.
- Velasco, R. (2011). *Levántese quien pueda y otros relatos: narraciones de una vida de locura*. Barcelona: Grupo GP.
- Velasco, R. (2012). *Anatomía de un espejo roto. Levántese quien pueda y otras locuras*. Barcelona: Grupo GP.
- Wildemeersch, D. (2011). *Animación y educación en sociedades complejas: Un recorrido por las perspectivas y prácticas sociopedagógicas críticas* [document en línia]. [Data de consulta: 15 de desembre del 2011]. http://www.unizar.es/colinanimacion-IEPSA/?page_id=1655