

Història de la bogeria

Martín Correa-Urquiza

PID_00192050



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.....	7
1. Les modificacions semàntiques de la bogeria.....	9
2. De Freud a Kraepelin i viceversa.....	21
3. Les grans reformes i els seus antecedents.....	24
4. De la reforma a Espanya a avui dia.....	31
5. Les particularitats del model català.....	34
Glossari.....	43
Bibliografia.....	44

Introducció

En aquest primer mòdul abordarem, de manera breu, les maneres amb què la nostra societat s'ha relacionat amb el fenomen de la bogeria. Intentarem descriure les diferents etapes que van portar a les modificacions semàntiques relatives a les maneres de tractar els subjectes d'aquesta bogeria. Per exemple, ens referirem a les particularitats històriques que van desembocar en el moment en què el problema ingressa definitivament en l'àmbit patològic i és nomenada *malaltia de la ment*. Analitzarem les diverses implicacions que va comportar aquest fet. Aprofundirem en els antecedents i les particularitats de l'anomenada *reforma psiquiàtrica*, l'estat actual d'aquesta reforma i les possibilitats que té en el futur. Al mateix temps, ens anirem introduint en les dinàmiques de funcionament del sistema actual de salut mental a Espanya, més precisament a Catalunya.

No farem aquí una història clínica de l'anomenada *bogeria*, no és aquesta nostra intenció, però sí que abordarem de manera breu alguns dels significats socials que ha tingut, i les maneres amb què s'ha anat relacionant històricament la societat –occidental en aquest cas. Al mateix temps ens interessa analitzar sintèticament els dispositius i les estratègies que al llarg dels anys s'han articulat des de diferents perspectives a l'hora d'abordar el patiment mental. Intentarem accedir a la bogeria en tant que fenomen objectivable, no en les variants que té de categoria clínica, sinó a partir de la filiació com a element social que no solament és solcat per la pertinença, des de l'òptica de l'etiquetatge, a un determinat tipus d'individu, sinó que contínuament és utilitzat, fundat i recreat pel conjunt de la societat en el moment de nomenar un tipus de diferència. Diferència que fins ara, excepte en comptades i específiques circumstàncies, no hem estat mai disposats a assumir dins del camp del que és legítim, o possible.

D'entrada, veiem que hi ha certes dificultats a l'hora d'abordar el fenomen. A què ens referim quan en parlem? A bogeria? A trastorns de salut mental? On hi ha la diferència? A partir de quan neixen aquestes distincions? Potser, un dels eixos de reflexió possibles és pensar en quines circumstàncies i en quins contextos o moments la bogeria va ser assimilada per una concepció sanitària que avui dia la defineix en tant que patologia de l'àmbit de la ment. Perquè, encara que avui això ens sembli una cosa totalment quotidiana, hi va haver una sèrie de processos específics a partir dels quals va deixar de ser vista –entre altres concepcions– com a heretgia religiosa o desacatament moral, per a transformar-se en un dels problemes centrals abordats pel sistema sanitari actual i les seves xarxes d'atenció: la salut mental. Per a convertir-la en una qüestió sanitària, però, va caldre definir-la i delimitar-la exclusivament a aquest àmbit, i des de llavors aquesta anomenada *bogeria* es descús d'aquesta mena de camisa de força semàntica que li ha estat imposada. El fenomen dels

Bogeria

En aquest text, en l'intent de recuperar una conceptualització i aproximació no exclusivament clínica i tot i saber les distincions, utilitzarem indistintament les dues categories: *bogeria* i *patiment mental*. De la mateixa manera utilitzarem les categories de *boig*, *diagnosticat*, *persona amb problemes de salut mental*, etc. La paraula *bogeria* és part de la retòrica popular per a referir-se al fenomen, i en utilitzar-la, no volem fer referència específica a la psicosis o a alguna etiqueta diagnòstica específica, sinó a un element que ha generat un ventall de reaccions socials al llarg de la història. Ens interessa la bogeria en l'esdevenir social, que és on l'hem d'abordar si el que busquem és una perspectiva comunitària.

problemes mentals excedeix amb escreix la dimensió sanitària. Per a no crear malentesos, s'ha d'aclarir que això no implica que l'abordatge clínic i mèdic actual no sigui d'importància i necessari en el procés de generació de benestar, sinó que per a fer un abordatge tan complet com es pugui fan falta aproximacions complexes que tinguin en compte els diferents aspectes en qüestió: el social, el polític, l'econòmic, el biològic, el psíquic, etc.

Objectius

1. Analitzar les vinculacions històriques entre *societat* i *bogeria*.
2. Traçar un breu recorregut històric i temporal d'aquestes vinculacions.
3. Fixar-nos en els diferents abordatges epistemològics que han tingut un paper determinant en la concepció de la bogeria.
4. Analitzar la situació actual de la salut mental a Espanya i específicament a Catalunya.
5. Examinar breument el mapa que conformen els diferents serveis i dispositius des dels quals s'aborda el fenomen.
6. Analitzar els antecedents de l'anomenada *reforma psiquiàtrica* i l'estat actual d'aquesta reforma.

1. Les modificacions semàntiques de la bogeria

“En un futuro donde el ser humano es inmortal y donde su eterna vida roza la deidad, existe una antigua leyenda que nos cuenta que antes, cuando el hombre castigado por su creador fue mortal [...] existió un ser, medio sabio medio loco, que encontró a lo largo de su vida la experiencia de vivir al margen de lo real. Tenía sus propias creencias y no era adorador de ningún dios [...], dicen los que lo conocieron que él y la naturaleza habían hecho un pacto y que los animales, hoy extinguidos, lo respetaban y lo amaban como uno más de ellos. Dicen que [...] su mirada brillante emanaba toda bondad, y, de vez en cuando lloraba y también reía, cosas que los demás no hacían por miedo a ser frágiles y sensibles. Se dice que con su muerte también murieron la fantasía y la inocencia de sus pensamientos.”

(Alberto Pérez, Radio Nikosia, citat a Correa-Urquiza (2010))

La bogeria, en tant que manifestació d'una diferència actitudinal, considerablement particular, en relació amb el tot social en què es troba immers el subjecte, és d'alguna manera inherent a la història dels éssers humans i a la vida en societat. Sempre hi ha hagut, diguem-ne, un tipus d'anormalitat que destaca o excel·leix enfront dels comportaments que són permesos socialment en el si de cada grup o conjunt. La bogeria és definitivament humana. Parlem d'una certa ruptura en el camp dels comportaments que permet al mateix temps que la normalitat sigui nomenada. Manel Delgado diu que “l'heterogeni necessita sempre un homogeni per a retallar-se” (Delgado, 1998), i es refereix potser a aquesta relació necessària entre la figura i el seu fons que contribueix al fet que existeixin tots dos. El diccionari filosòfic de Ferrater Mora, en referir-se a la bogeria, afirma el que es pot entendre en aquest mateix sentit: “Sin la moría [la *stultitia*] no habría, según Erasmo, posibilidad de vivir y de pensar sanamente y simplemente [...]” (Ferrater Mora, 1951). Tenint en compte això, no és estrany considerar que d'alguna manera la bogeria ens ha servit històricament per a definir la normalitat a partir dels seus oposats; si analitzem aquest fet una mica més a fons, però, ens trobarem de cara amb la fal·làcia fonamental que ha sustentat des de sempre aquesta relació construïda d'antònims: què és la normalitat?, en relació amb quin context, amb quin moment històric, amb quina perspectiva es defineix? La impossibilitat de delimitar-la com a absoluta ens permet pensar en la impossibilitat, alhora, de definir la bogeria en aquests termes. Tornem llavors a l'evidència de la complexitat del fenomen.

La bogeria era i és una diferència que es manifesta, fonamentalment encara que no exclusivament, en termes d'alteracions del comportament, desencallaments actitudinals, ruptures dels paràmetres considerats de normalitat a cada moment i en cada geografia. És clar que això no ens eximeix de veure que el que hem anomenat així en cada temps i espai sol generar en els subjectes sobre els quals recau o amb els quals "interactua" un patiment real, quotidià i concret en l'àmbit existencial; és a dir, es tracta també, i de manera substancial, d'un procés de patiment intens experimentat per la persona afectada. Així, en considerar la bogeria, no solament ens hem de centrar en la dimensió que té en tant que fenomen que s'evidencia d'una determinada manera i que

podria requerir un cert tipus d'intervencions, sinó que és imprescindible fer una reflexió sobre el que experimenta la persona mateixa –subjecte d'aquesta bogeria– i sobre el que ens passa a nosaltres –els d'alguna manera externs– amb aquest fenomen. Són les preguntes de sempre: on és que ens interpel·la?, per què fascina i atemoreix, atreu i horroritza els éssers humans? Per a analitzar el patiment mental i aproximar-nos-hi s'ha de fer des del vaivé permanent entre totes les dimensions possibles. Tot acostament s'ha de constituir com una dialèctica, des d'un vaivé –no per això menys efectiu en les implicacions que té– produït des d'una hermenèutica de l'aproximació. La bogeria es pot entendre com un desordre psicobiològic, com una categoria abstracta que és en l'aire, com un tipus de dolor complex patit per persones, com una desestabilització general que es produeix en un context específic, com una interpel·lació a l'ordre col·lectiu. És tot això i potser més; sempre depèn de la perspectiva des de la qual ens hi acostem. I és per aquesta raó que la nostra intenció aquí és proposar la necessitat d'una aproximació global, centrada, no exclusivament, en una mirada orgànica i patològica, sinó que abrasi les dimensions socials, culturals i psíquiques en tant que factors determinants dins del procés. La bogeria no és una qüestió només dels "altres", els diagnosticats, com solem pensar, sinó també del tot social i del context en què es produeix. És a dir que, si bé podem plantejar que hi ha una dimensió eminentment orgànica, d'alteració dopaminèrgica per exemple –l'origen de la qual encara no ha estat aclarit–, si bé hi ha en els subjectes d'aquest patiment una desestabilització química a l'interior de l'organisme que és en part provocadora de patiment, també és cert que en els problemes mentals hi ha un dolor vinculat al que es pot definir com un conflicte d'entitat sociocultural que posa en qüestió els paràmetres morals i culturals de cada societat. No és exclusivament una qüestió de biomarcadors i d'organismes en processos de desestabilització, sinó que és un patiment que es pot comprendre en relació amb un entorn hostil a la diferència. Tots estem involucrats d'alguna manera en el perquè del dolor que es genera en la bogeria. La noció d'*estigma* és clau en aquest sentit; l'estigmatització de l'afectat es materialitza en un rebuig *a priori*, en una desautorització sistemàtica, en tots els aspectes, de la seva quotidianitat, que es transforma en un dels eixos productors de més patiment. I l'**estigma** és un producte eminentment **social**. Sorgeix d'aquesta dificultat comunal de bregar amb la diferència, que de vegades actua com a aguditzant i cronificador del problema. Per aquestes raons tota aproximació al patiment mental hauria de partir de la comprensió del fenomen en les dimensions socials, culturals, biològiques, psíquiques, subjectives, etc. Cal un abordatge transdisciplinari que abrasi tant l'àmbit dels sabers experts del món de les ciències mèdiques i de les ciències humanes com el de les experiències subjectives del patiment mateix. És a dir, el patiment existeix i és real i necessita de vegades un abordatge que intenti pal·liar aquest dolor i hi accedeixi, no solament pensant-hi com a problema de la ment que implica exclusivament la persona diagnosticada, sinó també com a malestar en relació amb un context, com a aflicció, com a resultat de ser en un determinat entorn. El que aquí plantegem, no obstant això, no implica –repetim-ho– negar l'existència de processos biològics o alteracions neuroquímiques, sinó que intenta obrir la lent que observa la **bogeria** cap als límits que hi ha **més**

enllà d'allò que és exclusivament clínic o sanitari. Seguint Lacan, Martínez Hernáez diria que “la locura es una forma de sufrimiento que incapacita a una parte importante de la población mundial, que de la misma manera que los terremotos o los huracanes, sacude el velo de lo simbólico” (Martínez Hernáez, 1998). Les persones són una altra cosa que organismes solitaris en processos de desestabilització química.

A grans trets, hi ha hagut **dues grans tendències**, que al mateix temps han anat interactuant i oposant-se en diferents moments de la història. D'una banda, una propensió envers la possibilitat d'estructurar i concebre els problemes mentals com un fenomen essencialment orgànic, producte d'un tipus d'alteració somàtica i vinculada a determinades característiques fisiològiques de certs individus. De l'altra, una recerca centrada en el patiment mental com una experiència existencial i humana que resultaria de les dificultats inherents a la complexa relació entre individu i societat. Podríem dir que de la **primera** tendència en va derivar un **mètode o tractament de caràcter físic** en els primers anys, i **químic** més endavant –a partir de la creació dels **psicofàrmacs** als anys cinquanta–, i una necessitat apressant d'elaborar les bases d'una disciplina psiquiàtrica d'orientació positivista centrada en la recerca d'una estructura i concepció ancorada en la idea de “coneixement científic”. La **segona** es va aventurar en la tasca no menys complexa d'intentar **comprendre** les tortuositats existencials dels **subjectes**, les seves psiques, les seves narratives, les seves biografies. No diem aquí que totes dues van néixer i van discórrer com a corrents de pensament estructurats com a tals, sinó que van ser els camins, en un àmbit molt general, pels quals han travessat la majoria dels plantejaments relatius al tema en qüestió. Lògicament, aquestes dues aproximacions deriven alhora d'una concepció diferent pel que fa a l'etiologia o explicació dels orígens del patiment mental; sobre aquest tema Martínez Hernáez (1998) és clar quan afirma que

“Por un lado se sospecha que este trastorno responde a una disfunción-cerebral. Los esfuerzos de las investigaciones biomédicas de las últimas décadas se orientan en esta dirección, aunque sin llegar a un consenso sobre si las razones de esta enfermedad son de tipo neuroquímico, genético, lesional, hormonal o vírico. Por otro lado, aún resulta creíble afirmar que la esquizofrenia es el resultado de problemas existenciales y morales, de razones psicológicas y subjetivas, de presiones sociales, e incluso de estrategias de mistificación del sistema capitalista.”

(Martínez Hernáez, 1998)

Sobre aquestes dues grans idees, els seus punts de contacte i els seus episodis d'oposició, va rondant la nostra història.

Michel **Foucault** va ser un dels primers a emprendre el desafiament intel·lectual de compondre una mena de tractat històric del desenvolupament i les interpretacions del fenomen en termes globals. D'alguna manera, va ser la persona que va reinstal·lar socialment la necessitat d'analitzar la bogeria i les implicacions socials que té; per exemple, va examinar els mecanismes d'opressió i control social, i els determinants morals que han estat emmascarats sota una capa de justificacions mèdiques, legals, científiques, etc., dins

de les estructures, les metodologies i les tècniques d'atenció i relació amb la bogeria. La seva *Historia de la locura en la época clásica* (1961) continua essent una referència malgrat les crítiques i els qüestionaments, en uns casos menys precisos que en d'altres. Potser per això és tan esmentat, encara que no per això, com de vegades ha passat, hàgim de transformar el seu pensament en dogma. De fet, en paraules de Rafael Huertas,

“Los miedos de Foucault al poder se han traducido en el minucioso análisis de las estrategias, de las «tecnologías» de dominación, dejándose de lado el estudio de las bases económicas y políticas de las distintas formas de marginación y de control social.”

(Huertas, 2001)

Foucault no va intentar abraçar-ho tot; sí que va buscar desnaturalitzar processos i analitzar-los en la particularitat contextual que tenien, i és això el que va ser al seu moment revolucionari. I sobre aquest tema és pertinent esmentar aquí també Huertas perquè en el mateix article, publicat el 2001, ens ajuda a obrir el ventall de determinants que van influir en el procés d'historiarització de la bogeria que se sol vincular de manera gairebé exclusiva a Foucault. És a dir, **Huertas** recorda que hi va haver alhora altres aproximacions que podríem relacionar, per exemple, amb els textos d'Ervin Goffman, des de l'àmbit de la sociologia, i les seves aportacions per a l'anàlisi del que ell anomenaria *institució total*; o els treballs de Thomas Szasz, que, al costat de David Cooper i Ronald David Laing, entre d'altres, van iniciar llavors un procés de desconstrucció i qüestionament profund de la psiquiatria des de dins de la mateixa psiquiatria i a partir de la mateixa història de les seves aproximacions al patiment mental.

Un procés que buscava evidenciar mitjançant l'anàlisi els mecanismes de coerció i dominació que hi havia al darrere de les pràctiques de la disciplina, i que més endavant compondria conceptualment els inicis dels corrents anomenats *d'antipsiquiatria*.

Tornem al que hem dit, però. Foucault és qui ens recorda que fins a l'edat mitjana el boig havia estat un personatge errant, destinat a passejar per les ciutats sense rumb fix, sense lligams reals encara que sotmès a l'arbitri dels qui es trobava en el seu camí. La bogeria, durant molts anys, va ser entesa com a encanteri del diable; el boig era per si mateix una desviació herètica, una molèstia religiosa, i per tant un tema d'incumbència gairebé exclusivament eclesiàstica. Era l'Església, en tant que ens regulador dels comportaments possibles en societat, la que s'encarregava de “corregir” les desviacions. Aquestes correccions estaven vinculades a l'exorcisme, a l'expulsió o a la foguera, entre altres mètodes de “neteja”, fonamentalment perquè la bogeria era interpretada moltes vegades com l'evidència de l'existència i acció del dimoni, com a part de les proves sobre una bruixeria necessàriament eradicable. D'aquesta manera, es va orquestrar l'opció del foc com a “alliberador” col·lectiu, com a sacrifici que permetria, segons la doctrina de la Inquisició, eliminar tota possibilitat de propagació del “mal”. La “bíblia” d'aquests procediments va ser el

conegut *Malleus maleficarum* o *El martell de les bruixes*, editat el 1486, un tractat fet per encàrrec del papa Inocenci XVIII amb l'objectiu de definir el qui, el com i el quan de la **persecució** de les bruixes o de qualsevol subjecte que manifestés un **comportament assimilable a la bruixeria**. El volum, redactat per dos monjos dominicans, Heinrich Kramer i Jacob Sprenger, es va publicar originalment a Alemanya, encara que al cap de no gaire es va transformar en l'**instrument central de la Inquisició** a tot Europa.

Simultàniament van anar sorgint altres pràctiques menys dràstiques, que apareixien en convivència amb l'anterior, i que més que a eliminar-los apuntaven a consolidar una segregació progressiva dels subjectes de la bogeria. En aquest sentit, potser la puntada de peu inicial es pot rastrejar en la figura del que es va anomenar **la nau dels bojos**. L'origen del concepte el trobem en l'obra de Sebastián Brant, que el 1494 publica *Das Narrenschiff* ('La nau dels bojos'), com una manera d'anar desgranant literàriament les debilitats humanes, fonamentada probablement en una realitat observada per l'autor; i més endavant en el treball del Bosch, presumiblement inspirat en l'obra de Brant. En aquells temps, el fet d'embarcar els "insensats" en naus que els traslladessin més enllà de l'horitzó es va erigir en una de les maneres més visibles de relacionar-se amb allò que era temut i incompreensible del fenomen. L'oli del pintor flamenc datat a principis del segle XVI –actualment al Museu del Louvre– és molt representatiu en aquest sentit.

La consigna era **desfer-se de la diferència**; les ciutats lliuraven els seus personatges indesitjables als marins, que els havien de portar aigua avall, o els embarcaven en naus sense timó ni rumb fix perquè passegessin pels rius interiors d'Europa fins a segurament morir per inanició.

No obstant això, com a pràctica, si bé va ser part del que passava, tampoc no es pot afirmar que s'hagi erigit en una dinàmica establerta i única. Des de sempre, tota cronologia d'esdeveniments és en si mateixa artífex d'inexactituds. És possible que hi hagués més i altres maneres de "tractar" el "problema"; no obstant això, la imatge de les fogueres i la d'una gran embarcació atapeïda de personatges extravagants que no "encaixaven" en les societats en què vivien, i per tant n'eren expulsats, ens arriba fins als nostres dies com dos dels símbols més reconeguts del que se sol plantejar com una primera etapa de la història de la bogeria. Una etapa caracteritzada per l'expulsió, la coerció i l'exercici de la violència com a bases fonamentals de tota vinculació social amb la diferència. Els comportaments sovint incompreensibles i incompresos generaven una reacció de rebot que havia de ser legitimada des del punt de vista religiós a fi de no trobar-se en contradicció, precisament, amb l'exercici del fet religiós. Si el boig era considerat algú que no tenia remei, una molèstia moral, o si s'associava el seu comportament amb un tipus d'heretgia a les pautes cristianes de l'època, era "factible" o "acceptable" moralment l'expulsió o en casos concrets l'execució ritual emparada en el manament de les Sagrades Escrip-



La nau dels bojos, del Bosch, al Museu del Louvre, París (França)

res. Recordem que, fins ben entrada la Il·lustració del XVIII, l'Església marcava les pautes de l'existència quotidiana, i articulava el que s'havia de permetre socialment i moralment.

A grans trets, es pot parlar d'un segon moment en aquest procés de vinculació històrica amb la bogeria. Un moment caracteritzat pel que Foucault va anomenar *inici del gran tancament*, i per –sobretot– **l'apropiació de l'estat del deure d'apartar o recloure aquesta diferència**. Per a alguns autors, aquesta idea del tancament no es va donar de manera similar en tot el territori europeu, encara que sí que hi va haver una intenció d'enclaustrar –aconseguida amb més o menys resultats– com una manera d'apartar la bogeria de l'espai comú de la vida quotidiana. En termes de José Luis Peset,

“A partir del mundo moderno, la monarquía absoluta –Luis XIV es un buen ejemplo– vio el peligro que estos personajes –junto a vagos, mendigos y maleantes– representaban y fue poco a poco tomando cuidado estatal por sus personas. El loco es ya considerado un peligro social y encerrado, junto a delincuentes, prostitutas, sífilíticos y demás gente molesta en los llamados de manera eufemística, hospitales generales.”

(Peset, 1983)

Aquests hospitals van tenir els antecedents a les antigues leproseries de l'edat mitjana, territoris estèrils a les ribes de les grans ciutats europees que s'anirien transformant entre els segles XVI i XVII en el dipòsit per excel·lència per als “indesitjables”. Els bojos, els pobres, els rodamons van ser destinats a ocupar aquests espais com una manera d'apartar-los físicament i simbòlicament del funcionament “correcte” de les societats. La nau, com se sol dir, va prendre terra. Va ser fixada, ancorada entre les parets d'una institució única que s'encarregava de la contenció i l'aïllament d'allò que el tot social no estava disposat a incorporar com a possible. Aquest segon moment, com hem dit, està senyalat per una apropiació de l'estat dels deures correccionals, una apropiació que no es pot pensar sinó en relació amb el moment històric de creació i naixement de la idea mateixa d'estat. En certa manera, però, la percepció social sobre el boig era llavors similar a la del període anterior: el qui atemptava contra l'ordre comú, cosa que posava en evidència l'arbitrarietat dels comportaments generals.

El lloc de la bogeria va continuar essent el mateix; van canviar les metodologies d'aplicació d'aquesta segregació, sí: mentre a l'edat mitjana l'Església determinava l'expulsió, l'exorcisme o l'assassinat ritual mitjançant el foc, a l'època moderna l'estat regulava el tancament.

Al començament, aquests espais d'aïllament van ser simplement un dipòsit, un marge habitat pels expulsats des del centre. Foucault és clar quan conjectura que és aquest el moment en què el boig deixa de ser l'individu temut per arribar suposadament des d'un “altre món” –reiteradament heretge– en termes religiosos, per a transformar-se en el producte d'un desencaixament social que ha de ser reacomodat en el corpus col·lectiu. El boig comença a ser pensat en

la mesura d'algú que forma part del nosaltres total, però és algú que ha perdut les eines que li permeten tenir la capacitat d'habitar en el text social; per tant, necessita una reeducació moral que s'ha d'instrumentar dins de contextos determinats per a això. Els hospitals generals són aquests espais; no obstant això, no funcionen encara com a entitats sanitàries sinó com a reductes per a la correcció ètica, territoris per a recloure les reserves expulsades i reeducables. La realitat de l'afectat passa a ser llavors una realitat solcada per un problema legal, de ruptura amb la normativitat imperant, i s'ha de sotmetre, per tant, a les lògiques de l'ordre establert i als seus òrgans d'execució. El boig és, així, despullat de la seva capa de divinitat herètica i els seus comportaments passen a ser situats en l'àmbit del desacatament social, de les desviacions possibles i imprevisibles que cal corregir en pro d'un suposat bé comú. En paraules de Foucault:

“La locura ya no hallará hospitalidad sino entre las paredes del hospital, al lado de todos los pobres. Es allí donde la encontraremos aún a fines del siglo XVIII. Para con ella ha nacido una sensibilidad nueva: ya no religiosa, sino social.” [I continua:] “Antes se le recibía porque venía de otra parte; ahora se le va a excluir porque viene de aquí mismo y ocupa un lugar entre los pobres, los míseros, los vagabundos. La hospitalidad que lo acoge va a convertirse –nuevo equívoco– en la medida de saneamiento que lo pone fuera de circulación. En efecto, él vaga; pero ya no por el camino de una extraña peregrinación; perturba el orden del espacio social. Despojada de los derechos de la miseria y robada de su gloria, la locura, con la pobreza y la holgazanería, aparece en adelante, secamente, en la dialéctica inmanente de los Estados.”

(Foucault, 1967)

Aquest mateix autor ens recorda que aquesta tendència a associar la bogeria amb altres formes de “desviació”, com la de criminals i rodamons, es va poder veure materialitzada metafòricament i físicament en la lògica d'un internament en el qual compartien territori. Allà és on es fa manifesta aquesta consideració d'iguals, que d'altra banda no està vinculada solament a la desviació en termes del comportament, sinó que també i fonamentalment està relacionada amb una concepció d'“inutilitat social”: els bojós i la mala gent no treballen, no contribueixen a la construcció d'una societat, no fan el model, sinó que per contra són la desferra que la mateixa maquinària produeix i que per tant s'ha de posar fora de circulació. Aquesta **idea d'inutilitat vinculada a la indignitat del qui no produeix** o no treballa es comença a gestar llavors i es manté fins i tot fins avui dia.

Potser per aquesta raó, al cap d'un temps, el naixement de la psiquiatria moderna s'associarà a una **concepció higienista** (després, dels primers psiquiatres se'n diria *metges higienistes*), és a dir, de neteja i manteniment de l'ordre social, i potser per això també la branca clínica que tindria en compte la qüestió seria primer de tot la de la medicina legal o jurídica. És a partir d'aquesta medicina legal o jurídica que és possible pensar en un tercer moment per a la nostra història, un moment en què la bogeria és ingressada en el camp sanitari, i aquesta “desviació” o diferència ja no és el resultat d'una intenció de contravençió del subjecte, sinó el producte d'un problema de salut: salut mental. La **medicina legal** va ser si fa no fa la frontissa entre l'estat i la psiquiatria; d'alguna manera el fet d'actuar dins dels sistemes implícits en tots dos camps

li va permetre tenir un paper connector i durant força anys va ser la disciplina legitimada en tant que reguladora, l'encarregada de determinar què és el que era factible d'acceptar socialment i què és el que no ho era en el camp de les conductes humanes. Més concretament, **definia què era patologia i què no ho era**. Aquest procés es fa més visible cap a finals del segle XVIII, i aquesta molèstia o pertorbació social associada a la bogeria comença a ser definitivament entesa en termes de malaltia somàtica; passa a l'àmbit de la patologia. El boig va deixant de ser algú que ha de ser castigat i reeducat en pro d'un ordre ètic social, per a transformar-se en subjecte de la malaltia i, de vegades, objecte d'una cura possible. La bogeria passa a ser analitzada com a entitat objectivable, com a fenomen producte d'una desviació patològica del cos i la ment, en què el tancament és la via terapèutica de recuperació.

El fenomen és el mateix, però muten les interpretacions que s'hi refereixen, i muten en relació amb els contextos espaciotemporals des dels quals sorgeixen aquestes interpretacions. El boig ja no mereix càstig – en principi– sinó cures. Ja no és tant heretge o criminal sinó malalt. I qui se'n farà càrrec ja no és l'Església, ni l'estat, sinó la ciència.

Philippe **Pinel** va ser un dels impulsors de l'anomenat **tractament moral** dels bojós; va ser ell qui va propugnar i oficialitzar a Europa l'alliberament dels "alienats" traient-los definitivament els grillons a què estaven encadenats. I diem a Europa perquè hi ha registres segons els quals, llavors, la relació –per exemple, d'alguns sectors del món islàmic– amb la bogeria n'era una altra. De fet, ja hi havia hagut experiències no associades a la coerció com el cas de l'Hospital de Fes¹ i unes altres experiències similars al Caire. No obstant això, a Occident, Pinel és recordat com un dels primers "alliberadors" de la bogeria encara que, com ens recorda bé Huertas (2001), "si sabemos que la famosa «liberación de los locos», atribuida a Pinel (1745-1826) y considerada el gran «mito fundacional» de la psiquiatría, no fue algo aislado sino que se repitió en muchos lugares de Europa coincidiendo con las revoluciones burguesas de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX ". Aquest exercici, diu Huertas, ens permetria situar "el «nacimiento de la psiquiatría» en un contexto socio-político más amplio, y no sólo como la «hazaña» del gran Pinel". De fet, el treball de William Battie (1703-1776) a Anglaterra prenia llavors una orientació similar; la bogeria, deia, s'havia de tractar en centres especialitzats i amb metges especialitzats. De fet, el pensament de Battie és considerat un dels antecessors del tractament moral. Per a Pinel, si aquestes persones estaven malaltes no hi havia cap raó per a una condemna que els obstrueixi de tal manera les llibertats. Pinel va advocar per un tracte humà envers els afectats; per primera vegada semblava que podien ser considerats subjectes de dret. De totes maneres, el tancament es va mantenir com a mesura de tractament, i de vegades la coerció i el càstig corporal com a metodologia per a doblegar les conductes,

⁽¹⁾Vegeu *El libro de los vivos*, de Juan de Madre, de l'Editorial Slopier

ara sota l'aura de la sanitat. Eren temps posteriors a la Revolució Francesa, i a París l'ambient d'apropiació del poder que duia a terme la burgesia era propici a aquest tipus de transformacions. Novella diu que:

“El nacimiento del manicomio en pleno Siglo de las Luces fue percibido como el símbolo de una civilización ilustrada y progresista que había dejado de ignorar a sus ciudadanos enfermos y que, movida por un espíritu humanitario y abiertamente reformista, les brindaba finalmente un trato digno y dirigido desde la ciencia.”

(Novella, 2008)

Pinel va començar la seva carrera al manicomi de Bicêtre, on va conèixer i aprofundir les tècniques d'aproximació –inicialment no tan coercitives– del cèlebre Jean-Baptiste Pussin. Cap al 1795 Pinel esdevé el cap de metges de l'Hospital de la Pitié-Salpêtrière, a París. Va ser potser un dels primers que va pensar en la bogeria com el possible resultat de factors hereditaris i factors ambientals; al mateix temps estava convençut que hi havia un gran nombre de pacients que podien recuperar el seny a partir de tractaments específics. L'eix de la seva argumentació per a explicar la bogeria era el que ell anomenava *les passions*, els excessos, els desviaments morals que provocaven una mena de desequilibri que s'havia de reacomodar. Va ser ell també qui va fer el primer tractat medicofilosòfic sobre el que es considerava alienació mental. Amb Pinel s'inicia el procés a partir del qual comença a fer-se la **dissecció de la bogeria**, a analitzar-la a partir de subdivisions; es classifiquen artificialment els comportaments associant-los a diferents variants d'uns problemes comuns relatius a l'àmbit de la ment.

Cap al 1801 va **elaborar una classificació** que distingia quatre categories essencials: **malenconia simple**, associada al que ell considerava com a deliri parcial; **mania**, més vinculada a un estat de deliri absolut; **demència**, associada a un disfunció intel·lectual; i **idiòcia**, considerada una “pertorbació” general de l'intel·lecte. El valor –encara avui– d'aquestes classificacions no és el nivell d'exactitud de la correspondència que tenen amb els diversos problemes o patiments, sinó el fet evident que va ser el **primer exercici de classificació metodològica del patiment mental**, una classificació hereva de la lògica botànica, com la medicina en general en aquells temps, i que proposava una catalogació articulada a partir d'una observació rigorosa de signes i símptomes, per a elaborar a partir d'aquí les categories diagnòstiques, les etiquetes que nomenarien els diferents estats manifestos. Amb el pas dels anys aquestes mateixes categories passarien a ser vistes no com a metàfores –tal com havien nascut– sinó com el signe directe de la malaltia.

Paral·lelament al treball de Pinel, la medicina psiquiàtrica es començava a articular, gràcies a l'impuls de Foderé, autor francès del **primer tractat de medicina jurídica**, com una disciplina determinant en el camp de la legalitat. Els metges higienistes van començar a ser escoltats en tant que posseïdors d'un tipus de saber expert en relació amb la possible culpabilitat d'un sospitós, un saber ancorat en l'abordatge positivista dels fets clínics. La posició se centrava en la idea popular llavors que la cara era un reflex de l'ànima, a partir de

Vegeu també

D'aquest tema, però, en tractarem en l'apartat 3 del mòdul "La vida deshabilitada".

la qual cosa un metge podia determinar la culpabilitat d'un sospitós. És en aquest moment en què s'aprecia que la medicina comença a exercir un paper no tan diferent del que feia uns segles havia tingut l'Església: el de jutge dels comportaments individuals dels subjectes. Peset cita Foucault, que alhora recupera el *Manifiesto de los anales de higiene pública y medicina legal*, del 1829, en què s'afirmava que:

“La medicina no tiene sólo por objeto estudiar y sanar las enfermedades, posee relaciones con la organización social: a veces ayuda al legislador en la confección de leyes, a menudo ilustra al magistrado en su aplicación y siempre vigila, con la administración, el mantenimiento de la salud pública. Así, aplicada a las necesidades de las sociedades, esta parte de nuestros conocimientos constituye la higiene pública y la medicina legal.”

(Peset, 1983)

Aquesta posició és la que més endavant s'aguditzaria amb l'aparició en escena del positivisme clínic de la mà del metge jurista Cesare Lombroso; per a ell, la criminalitat o la desviació de la conducta eren característiques innates de certs subjectes, qualitats que es podien veure superficialment en les particularitats del rostre i el crani. Els fets no eren interpretables, sinó llegibles en les faccions de les persones.

Deixeble i continuador dels plantejaments de Pinel, Jean-Étienne **Esquirol** va ser qui es va encarregar d'organitzar el traspàs definitiu cap a l'àmbit sanitari. Va aconseguir que les transformacions que havien tingut lloc a París de la mà de Pinel es comencessin a articular en altres parts del territori francès. Va **aprofundir en la idea de l'especificitat**; el boig ja no era un malalt més entre els malalts comuns, sinó que adquiria una altra categoria relativa al fràgil i delicat estat de la seva ment. Segons els seus plantejaments i programes, la bogeria passava a ser una qüestió que s'havia de tractar en hospitals especialitzats on els metges abocats a aquesta especialitat tinguessin l'autoritat màxima. Aquests hospitals serien a partir d'aquest moment l'instrument de curació “idoni” per a aquest patiment. Esquirol va ser la mà executant de la llei francesa del 1838 que instava l'estat a fer-se càrrec del tractament dels alienats mitjançant la ciència, medicalitzava definitivament els problemes mentals i regulava les característiques que havien de tenir les institucions que hi tenien relació. És amb ell que es comença a aguditzar la necessitat que la psiquiatria sigui cada vegada més una especialitat amb veu pròpia. Generalment nomenat com **un dels pares fonamentals de la psiquiatria moderna**, Esquirol va ser un dels metges principals de l'Hospital de la Pitié-Salpêtrière, a París, i va arribar a exercir com a part de l'Hospital General de la Universitat de París per a la Facultat de Medicina. El seu *Tratado completo de las enajenaciones mentales*, editat originalment el 1838, va ser durant força anys el text de referència principal en el món de la salut mental. Tal com diu el mateix Esquirol, el llibre és el resultat de quaranta anys d'estudi i observacions. Al començament del volum diu que:

“He observado los síntomas de la locura, he estudiado los hábitos y las necesidades de los enajenados, en medio de los que he pasado mi vida; he ensayado los mejores métodos de curación fijándome en los hechos; los refiero tal como los he visto; raras veces he procurado explicarlos; me he detenido delante de los sistemas que me han parecido siempre más seductores por su claridad que útiles en su aplicación.”

(Esquirol, 1838)

A partir del text i de la influència del seu autor en el camp de la salut a França, els plantejaments i les propostes clíniques que fa es comencen a instal·lar com a normativa a la majoria dels hospitals d'altres ciutats del territori. Esquirol és, sens dubte, el mentor d'una mena de nova humanització de la bogeria; amb ell, d'alguna manera el subjecte deixa de ser jutjat com a absolut responsable dels seus problemes per a ser analitzat en termes de víctima d'una malaltia que es pot curar. No obstant això, com apunta Comelles, “Hoy sabemos que la identificación entre alteridad y enfermedad, que dio lugar al proyecto terapéutico fundacional conocido como tratamiento moral, respondía menos al humanismo terapéutico que a las necesidades de delimitación científica y jurídica entre la racionalidad y la enajenación y al papel destinado al peritaje médico” (Comelles, 2007). És a dir, que el desenvolupament de la psiquiatria no va estar tan lligat a l'intent de buscar solucions als malestans dels afectats com a la necessitat de la disciplina i dels seus participants de crear unes bases que sustentessin l'especialitat, que la legitimesin des d'un punt de vista científic positivista, és a dir, com a posseïdora d'un objecte precís i una metodologia específica. Durant tots aquests anys no hi va haver grans transformacions en la manera d'aproximar-se als afectats, o de buscar una solució de “benestar”, sinó que els esforços més importants es van centrar en la necessitat de classificar, crear categories diagnòstiques i provar l'eficàcia catalogadora de la utilització d'aquestes categories segons una sèrie de símptomes predefinits. D'alguna manera, aquest mateix èmfasi s'ha mantingut fins ara; el creixement exponencial de noves patologies en els manuals diagnòstics indica un esforç més gran en l'apropiació clínica dels comportaments humans que no pas en la recerca d'una solució als patiments en el camp de la ment. Gairebé no hi ha hagut canvis en les metodologies d'aproximació a la cura o a la generació d'un millor estar; en contraposició amb això, la quantitat de problemes i trastorns definits en el *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (DSM-IV) arribava a 297 l'any 2000. El DSM-V, que sortirà aviat, amenaça d'incrementar en moltes xifres aquesta dada.

Tornem on érem. Podríem dir que amb el treball d'Esquirol la història de la bogeria culmina una etapa i es consolida com a problema mental, ingressa definitivament en el camp de la lògica sanitària i en el panteó de les malalties possibles. Això passa al mateix temps en què la psiquiatria es consolida com la disciplina principal encarregada del tractament i de tota aproximació. El començament del segle xx marca indubtablement l'inici d'una concepció més pròxima al positivisme científic pel que fa al patiment mental; l'inici de l'auge de la classificació diferencial a partir de la qual es construeixen semànticament les malalties mentals. El “boig” guanya atenció, certa cura, però perd per sempre el seu estatus obert, el seu alliberat estat de la incertesa, per a transformar-se

Enllaç recomanat

Podem consultar:
El DSM V: una Pandèmia dels Trastorns Mentals

definitivament en entitat patològica. Abandona, llavors, “el riu de mil braços” de què va saber parlar Foucault (1967) per a ser absorbit per l’aproximació exclusiva de l’àmbit clínic. Ara és un malalt mental.

A l’Estat espanyol, fins ben entrat el segle XX, aquest corrent sanitari que provenia fonamentalment de França va ser l’inspirador de l’estructuració dels serveis i dispositius relatius al tractament. És a dir, que la perspectiva local, sense aportacions pròpies destacables, es va constituir a partir d’una incorporació de la mirada sanitària que havia estat elaborada durant el segle XIX a França. Una dada que ens ajuda a comprendre aquest fet és que el 1804, tot just al cap de tres anys de l’edició francesa, el tractat de Pinel havia estat editat en castellà. La necessitat de bibliografia referent, i la consagració de Pinel com el pare d’aquesta branca de la medicina, hi van jugar a favor. Va passar una cosa semblant amb el tractat d’Esquirol, traduït i publicat a Espanya el 1856. La mirada sanitària es conformaria llavors a partir de l’articulació d’aquells sabers amb algunes modificacions relatives al context. Giné i Partagàs, que va treballar fonamentalment des de Barcelona, i Pere Mata, que va fer de frontissa entre Catalunya i Madrid, van ser potser dues de les principals figures impulsores de la psiquiatria local. De fet, Mata, llavors professor de medicina legal i toxicologia, signa com el revisor principal de la primera traducció de l’obra d’Esquirol. Això no implica, però, que aquestes figures hagin estat les més importants, però sí les que han tingut més influència a l’hora d’instaurar i planificar les maneres clíniques d’assumir el fenomen dels problemes mentals a Espanya.

2. De Freud a Kraepelin i viceversa

Consolidat l'abordatge clínic de la bogeria, a partir de finals del XIX i començaments del XX Sigmund Freud i Emil Kraepelin conformen potser dos dels enfocaments més representatius, i al mateix temps divergents, pel que fa a aquesta aproximació. L'un i l'altre, a la seva manera, s'aboquen a psicologitzar i medicalitzar, respectivament, el patiment mental. Fins i tot és tanta la força amb què al llarg dels anys s'han anat posicionant tots dos com a referents que encara ara les seves posicions –per a uns oposades, per a d'altres complementàries– continuen determinant, en més o menys mesura, la perspectiva clínica contemporània. **Kraepelin és considerat el “pare” de la psiquiatria moderna; Freud, el “descobridor” de la psicoanàlisi.** A partir d'aquí és notable la diferència d'abordatges que podem rastrejar en un o en l'altre. Van ser coetanis; de fet, tots dos van néixer el mateix any, el 1856, però com ens recorda Àngel Martínez (1994), mentre Freud buscava les estructures profundes que motivaven els comportaments, Kraepelin articula la seva clínica a partir de la descripció dels símptomes i del curs dels problemes. Martínez diu que:

“Si para el primero el síntoma se inscribe en una estructura de sentido, para el segundo los síntomas son manifestaciones de procesos biológicamente fundamentados. Finalmente, si para el psicoanálisis clásico es fundamental la historia del sujeto, para Kraepelin, y a pesar de sus cuidadosas historias clínicas, lo prioritario es la correcta clasificación de las diferentes especies psicopatológicas y, por tanto, el universo más genérico de las enfermedades.”

(Martínez, 1994)

Kraepelin va néixer a Alemanya i fonamentalment va exercir allà; va ser sistemàtic en l'aprofundiment de les teories que treballaven en el desenvolupament de categories diagnòstiques amb l'objectiu de plantejar una classificació i diferenciació més gran dels comportaments i els problemes. El seu màxim interès era la delimitació d'una classificació “correcta” de les conductes que, segons el seu model, representarien les diferents patologies. Seguint una metodologia similar a la d'una altra de les seves passions, la botànica, va intentar una taxonomia empírica del patiment, associada en cada cas a una suposada disfunció en l'àmbit orgànic. El seu objectiu va ser aprofundir el treball de Pínel i Esquirol; classificar els processos psíquics a partir d'una observació detallada d'aquets processos i de l'evolució que tenien al llarg del temps. Freud, per la seva banda, va buscar analitzar i desentranyar les estructures invisibles que sostenien aquests comportaments, per a organitzar a partir d'aquí una feina de desactivació mitjançant la paraula. Kraepelin va tenir com a comesa central el desenvolupament d'una psiquiatria en tant que ciència exacta, positiva; va buscar i va crear les bases a partir de les quals va ser acceptada gradualment com una branca de la medicina, una branca amb criteri i concepció propis. Kraepelin va ser el creador conceptual de la demència precoç (l'actual esquizofrènia) i de la psicosi maniacodepressiva; va ser ell qui les va definir, qui va produir el concepte, la simptomatologia i els desenvolupaments possibles. El

seu *Lehrbuch der Psychiatrie* ('Tractat de psiquiatria') del 1883 encara avui és considerat un dels llibres base de la psiquiatria moderna i se sol mirar com un dels documents principals que van inspirar més endavant l'aparició dels DSM o manuals diagnòstics i estadístics dels trastorns mentals actuals.

A Espanya, Freud no va tenir un gran acolliment fins a mitjan anys seixanta i a partir de grups relativament clandestins de pensament crític. Així, malgrat els intents de Tosquelles, de qui parlarem més endavant, i d'alguns psiquiatres llibertaris, el període que va des dels anys trenta fins a entrats els setanta es va caracteritzar per una adhesió obligada a la doctrina del nacional catolicisme, fruit de la dictadura franquista. És a dir, més enllà de la necessitat d'adaptar-se al biologicisme que arribava de la mà de Kraepelin, que fins i tot havia participat el 1924 en la fundació de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatres, el tractament psiquiàtric es relacionava gairebé amb una necessitat d'adaptar els comportaments a les pautes de la moral cristiana.

Hem de dir que la terapèutica de llavors, si bé havia assolit avenços en les seves demandes perquè els interns dels manicomis estiguessin més ben atesos en qüestions d'higiene i salut física, en general fusionava les idees religioses de l'edat mitjana en relació amb la bogeria, a partir de les quals es definien paràmetres de normalitat i anormalitat, amb un acostament biomèdic que s'evidenciava en la utilització de categories diagnòstiques i en l'auge de la **utilització de l'electroxoc**, anomenat més endavant de manera eufemística *teràpia electroconvulsiva* (TEC). Fins i tot, es pot afirmar que durant la dictadura franquista la psiquiatria espanyola va seguir en certs moments els preceptes eugenèsics del nacional socialisme alemany. Una prova d'això són els escrits de qui va ser cap dels Serveis Psiquiàtrics Militars durant el règim, Antonio **Vallejo Nájera**. Un dels objectius o missions de Vallejo, de confessada afinitat germànica, va ser llavors demostrar la suposada minusvalidesa psíquica dels adeptes al marxisme; la deficiència mental –en les seves pròpies paraules– dels partidaris de la "igualtat social". Al mateix temps, va iniciar una croada amb l'objectiu de legitimar l'**esterilització dels subjectes** que amenacessin la puresa de la raça, i per a fer-ho deia que s'havia de començar agafant els mateixos camins que més endavant seguiria **Hitler** per provar la versatilitat de les **cambrs de gas**: eliminar els malalts mentals. El 1932, poc abans de convèncer-se del tot de la necessitat de dur a terme aquest tipus d'accions, deia textualment en un dels seus escrits que "Per a imposar l'esterilització legal dels anormals psíquics necessitàvem provar rotundament que la mesura impedeix amb seguretat la degeneració mental de les races i que resultarà eficaç per a disminuir el nombre dels malalts mentals en les generacions futures. Abans de promulgar una llei que afecta la dignitat humana es requereix el ferm convenciment de l'exactitud de les lleis de l'herència, i també que l'esterilització de les persones amb símptomes de deficiència mental greus, o que pateixin trastorns psíquics patològics, resulta, en primer terme, beneficiosa per a ells, i en segon lloc per a la raça". Les guies teóricoconceptuals del seu treball es van centrar indubtablement en Kraepelin com a model base.

Exemple

Un exemple d'això és el fet que, fins ben entrada la recuperació de la democràcia, l'homosexualitat continuava essent catalogada com a part de les malalties mentals i tractada en conseqüència.

Juan José López **Ibor** va ser un altre dels psiquiatres del període franquista que va elaborar el seu treball des d'una tònica similar, encara que no tan rudimentària, a la de Vallejo Nájera. De fet, va adquirir més prestigi intel·lectual per la qualitat dels seus escrits en què amalgamava reflexions filosòfiques sobre el dolor, l'“angoixa vital” i l'existència, amb explicacions orgàniques. Hem de dir que López Ibor no va ser defenestrat tan dràsticament en els períodes posteriors a la Dictadura i encara avui és considerat un dels personatges més internacionals del panorama local. La psiquiatria espanyola li deu, d'alguna manera, les primeres lectures de Kurt Schneider, un autor que durant els anys cinquanta va arribar a ser considerat aquí com un referent encara més important que Kraepelin mateix.

3. Les grans reformes i els seus antecedents

A Occident, els anys seixanta i setanta van arribar amb un intent de canvi també en alguns sectors vinculats a la salut mental. Una transformació que va actuar de diferents maneres en les dues grans orientacions d'aproximació al fenomen: d'una banda, lligada a l'aprofundiment del **model biomèdic kraepelinianà** a partir del desenvolupament progressiu dels psicofàrmacs i de tot un seguit de tecnologies medicamentoses; de l'altra, vinculada a l'aparició dels **corrents antipsiquiàtrics** que qüestionaven aquell model i bregaven per una humanització de la terapèutica, i fins i tot de vegades pel cessament definitiu dels tractaments en els termes en què es feien. A finals dels **anys cinquanta** es comencen a utilitzar els primers antidepressius i s'inaugura una època en què la contenció deixaria de ser eminentment física, per a traslladar-se a l'interior del cos. Segons la psiquiatria, els **psicofàrmacs** actuen sobre l'escorça cerebral i de vegades influeixen en el comportament dels neurotransmissors, la hiperactivitat o hipoactivitat dels quals podria definir l'aparició simptomàtica de processos psicòtics o depressius. Amb això, per als continuadors de l'aproximació kraepeliniana, els neurolèptics van significar un tipus de revolució que permetria més endavant la fi dels tractaments de tancament i coerció; per als teòrics de l'antipsiquiatria i els afins, això passava senzillament perquè els murs dels hospitals psiquiàtrics eren traslladats a les profunditats de la ment.

No s'havia avançat gaire en la solució del problema, l'eix d'aproximació i millora s'havia tornat a situar en la reacció dels subjectes a tot el procés de patiment mental, en les consideracions d'aquest procés com a entitat exclusivament orgànica, somàtica. La mateixa psiquiatria assumeix que aquest tipus de **medicaments** no curen, ni intenten curar, el problema, sinó **estabilitzar la simptomatologia negativa**.

D'alguna manera, fan menys visible la dimensió socialment incòmoda de la bogeria. El fet és que, més enllà de la provada utilitat en l'àmbit dels tractaments, els neurolèptics no haurien de ser sinó un recurs més en el ventall possible de recursos, i no l'eina única i principal de la medicina moderna. Si bé són proposats com a punt de partida mitjançant el qual es podria aconseguir l'estabilitat que permetria iniciar una terapèutica, la veritat és que en els últims anys s'han transformat en el tractament, no en el principi articulador, sinó en l'articulació en si mateixa.

El **corrent antipsiquiàtric** no va ser un model epistemològic tancat i definit, sinó una sèrie de brams d'oposició al model tradicional de la psiquiatria, i d'accions i teories concretes que buscaven transformar les circumstàncies amb què es venia abordant el patiment mental. L'hospici com a espai de reclusió,

Vegeu també

D'aquest tema, podeu consultar l'apartat 3 del mòdul "La vida deshabilitada", l'apartat 4 del mòdul "Antropologia mèdica i salut mental" i l'apartat 1 del mòdul "Dels sabers profans i d'aquells territoris des d'on es pot articular l'àmbit comunitari".

l'electroxoc com a "teràpia", les pràctiques punitives del model psiquiàtric com a generadores de "reconversió" del comportament eren impensables per a aquest corrent. No obstant això, en el que va posar més l'accent va ser en la necessitat de reconceptualitzar la idea de l'"altre", de l'afectat, com a persona, com a subjecte social i eix de tot procés de recuperació possible. Es dislocava així la tònica del problema; ja no es tractava d'un organisme aïllat, diagnosticat i en estat alterat sobre el qual s'hauria d'actuar, sinó que era una persona, una biografia, el resultat d'una interacció entre subjecte, temps i context amb la qual –al costat de la qual– s'hauria de treballar. Diguem que fonamentalment es **recupera la visió historicista, es rescata el subjecte en el marc de les seves biografies**, els seus propis recorreguts, i de les circumstàncies, que d'una manera o d'una altra poden haver desembocat en un determinat estat d'alteració o desencaixament. Es considera la persona íntegrament social, psíquica, orgànica, econòmica i política. D'aquesta manera, hi ha un acostament a l'**assistència comunitària** i un intent de distanciar-se dels grans esquemes institucionals; és un cert tornar al barri per a treballar des del territori quotidià. Al mateix temps, si parlem de context, no hem de passar per alt que per a comprendre l'antipsiquiatria s'ha de tenir en compte que el seu desenvolupament coincideix amb una època d'efervescència especial, de ruptura i qüestionament dels models tradicionals que regien el pensament burgès en les societats europees. Les influències i els punts de trobada van ser inevitables.

David Cooper, un psiquiatre britànic, nascut a Sud-àfrica, va ser potser qui va encunyar el terme que va **donar nom genèric a l'antipsiquiatria**. De fet, el 1967 va publicar un llibre titulat *Psiquiatria y anti-psiquiatria* en què intenta demostrar que la majoria dels problemes mentals dels subjectes estaven més vinculats a un **conflicte** entre el **subjecte** i el seu **entorn** que no pas a una malformació orgànica de la persona. Al mateix temps, durant els anys d'auge i malgrat el suport institucional limitat, es van posar en pràctica diverses experiències amb resultats diversos que van intentar treballar sobre el patiment mental sense la intervenció dels psicofàrmacs, sense l'establiment de relacions jeràrquiques entre metges i pacients, sense tractaments de coerció. Cooper va lluitar per elaborar espais alternatius als del model asilar clàssic.

Franco Basaglia des d'Itàlia, Cooper i Laing des de la Gran Bretanya, Robert Castel des de França, tots coincidien en més o menys mesura en la necessitat de tallar amb la tradició psiquiàtrica.

Basaglia (1972, 1986), per exemple, impulsor de la **Llei 180**, que obria els psiquiàtrics i alliberava del tancament els afectats, solia afirmar que, fins que no comenci un diàleg recíproc i simètric amb els qui pateixen, la psiquiatria no podria certificar la seva existència i pertinència. Ronald David **Laing** va defensar la idea que en realitat els problemes mentals no eren en la psicosi, o en l'episodi psicòtic, sinó en aquesta instància de petrificació i fossilització del subjecte en un determinat moment i circumstància de la seva vida en què

Exemple

La Vila 21, un centre per a joves diagnosticats, va ser un d'aquells projectes.

va travessar o va ser travessat per aquesta experiència. Laing plantejava que aquesta instància la determinaven en gran manera les condicions socials i culturals d'existència dels subjectes. És a dir, **la psicosi és un episodi, però la malaltia mental és la relació que s'estableix entre l'episodi i les circumstàncies socials de recepció d'aquest episodi**. Així, doncs, promovia la idea d'una aproximació als problemes en termes socials, contextuals i històrics. Per la seva banda, Robert Castel (1984) afirmava que un model d'intervenció en salut mental ja no es podia pensar exclusivament a partir del binomi psicoanàlisi i sector psiquiàtric; s'havia de superar aquest cercle, tancat en alguns aspectes, per a obrir-se a un **desenvolupament** de tònica essencialment **comunitària**. A França mateix, els treballs de Foucault (1967), de Deleuze i Guattari (1972) i fins i tot de Lacan des de la teoria psicoanalítica van contribuir, sobretot en una escala teòrica general, a repensar el lloc de la bogeria en l'àmbit de les interseccions entre el subjecte, la psique i els seus entorns simbòlics.

Des d'alguns sectors de la biomedicina, se sol dir que l'antipsiquiatria va fracassar com a model, quan en realitat no es va definir mai com a model en si mateix, sinó que es va constituir com una sèrie de reflexions, propostes i crítiques profundes al paradigma existent. Qüestionaments i plantejaments que, malgrat la invisibilitat reiterada a què són sotmesos, van fundar les bases de les reformes psiquiàtriques posteriors a bona part dels estats europeus.

També és interessant reflexionar sobre el fet que aquesta classe d'idees rupturistes no provenien d'un tipus de corrents totalment aliens a la psiquiatria. En la majoria de casos, els psiquiatres mateixos advocaven per una transformació radical de la disciplina. Per a uns, aquesta disciplina fins i tot havia de desaparèixer com a tal; per a d'altres, hi podria haver un canvi sense que per això deixi d'existir. En relació amb el segon punt, un cas paradigmàtic a **Catalunya** ha estat el de Francesc **Tosquelles**, potser un dels psiquiatres més importants, encara que no tan conegut com es mereixeria, del panorama local. Tosquelles defensava, des dels anys trenta, que **les catalogacions estrictes dels manuals de diagnòstic** –aquelles que predecessors seus com Kraepelin s'havien esforçat a crear i desenvolupar– **eren una regressió**, una marxa enrere que no tenia gaire a veure amb la recerca necessària de la cura i que retornava la disciplina al mateix punt en què l'havia deixat Pinel (Angosto, 1993). S'estimava més treballar amb la vida de les persones, amb la recuperació possible dels subjectes, que no pas dedicar esforços conjecturals a crear categories diagnòstiques estàtiques que, per cert, haurien de sorgir de comportaments en transformació contínua. Tosquelles va néixer a Reus, i durant els primers anys va exercir de professional a l'Hospital Pere Mata. Des d'allà va establir les bases d'un programa que va intentar fer els primers passos per a una experiència sobre el terreny de psiquiatria comunitària que va ser pionera en el panorama de l'Estat. No obstant això, la persecució i la condemna a mort dictada pel franquisme el va obligar a marxar a l'exili, a l'Hospital de Saint Alban, al sud de França, on va poder exercir amb certa comoditat la psiquiatria "pròxima" que ell proposava. A Saint Alban, a Lozère, Tosquelles va ser l'ideòleg i executor de les reformes principals que van començar a partir dels anys cinquanta; va contribuir a re-

tornar a l'afectat un cert protagonisme en relació amb la seva pròpia curació, el va situar en el centre de la recuperació. Això implicava, sobretot, posar en pràctica idees com permetre que els pacients entressin i sortissin de l'hospital, o intentar que cadascun es responsabilitzés del seu propi procés. "En psiquiatria hay que dejar de hacer de médico y salir a la calle a presenciar como médico", deia Tosquelles en una entrevista feta el 1993 (Tosquelles, 1993). I aquesta era precisament la seva idea del que va anomenar *psiquiatria institucional*, que, encara que avui ens sembli un concepte que denota el contrari, per a Tosquelles era una pràctica lligada a la psicoanàlisi i més pròxima al subjecte, a la vida diària de les persones i les seves circumstàncies. Ell parlava fins i tot de la necessitat d'una psiquiatria específica per a cada persona, per a cada individu en tant que particularitat existencial produïda en un determinat espai i moment. Tosquelles hauria pogut significar, si no hagués existit la tragèdia franquista, un altre itinerari per a la salut mental a Espanya i principalment a Catalunya. Rafael Huerta ens ho recordava en aquell article del 2001 quan afirmava que dins de la impossibilitat de pensar els esdeveniments al marge de les circumstàncies històriques, si bé hi va poder haver un intent de regenerar el model psiquiàtric espanyol els primers anys del segle XX, aquest intent va quedar afectat i endarrerit per causes eminentment polítiques. Huertas diu que:

"Me refiero, obviamente, tanto a las iniciativas de la Mancomunitat de Cataluña (1914-1923), abolida por la dictadura de Primo de Rivera, como al intento de Reforma psiquiátrica de la IIa República, cercenada por el levantamiento fascista del 36."

(Huertas, 2001, p. 14)

Al mateix temps, si hem parlat de Vallejo Nájera en esmentar una etapa característica de la salut mental a Espanya, és inevitable parlar de Carlos Castilla del Pino, psiquiatre, com un referent de ruptura en els anys de la Transició i el començament de la democràcia espanyola, durant els quals es va gestar el moviment que va posar en qüestió el model asilar. Si bé es pot pensar que cap als seixanta i setanta Castilla del Pino va tenir un coqueteig intel·lectual amb els corrents antipsiquiàtrics, la veritat és que no es va definir mai des d'allà. Va treballar amb la psicoanàlisi i el marxisme, va plantejar canvis a escala pràctica i ideològica en les lògiques dels tractaments –principalment a Andalusia, on va desenvolupar la seva feina–, que al seu moment el van portar també a una confrontació directa amb el franquisme i a l'obstaculització consegüent de la seva feina. Potser les seves aportacions més importants es van relacionar amb el fet de valorar o legitimar el context com a determinant del patiment mental. Per a ell, que va dur a terme una feina fonamental amb soldats del bàndol republicà durant la Guerra Civil, comprendre aquest dolor estava vinculat directament amb la necessitat d'entendre l'entorn en què es produïa.

Amb tot, hem de dir que és important rescatar la feina i el pensament de psiquiatres com Tosquelles o Castilla del Pino, no com el resultat d'una il·luminació solitària i messiànica –ja ho deia Huertas en relació amb Pinel–, sinó com l'esdevenir d'una mena de magma de reflexions en què feien base aquestes mateixes idees. Psiquiatres com els que hem esmentat van ser d'alguna manera els executors –a causa, alhora i sense desmerèixer-los, de les

possibilitats que els atorgava el rol professional– d'un ventall de propostes sobre les quals alhora també es reflexionaven des de la sociologia, la psicologia, l'antropologia i la filosofia. És a dir, si parlem de la importància del context, no podem pensar en una història del patiment mental només regulat per una sèrie d'herois solitaris que van actuar solitàriament. Les idees són de la mateixa manera deutores del context, d'altres idees, d'altres propostes i d'altres límits trencats.

L'antropologia, per exemple, també va fer les seves aportacions a la possibilitat de pensar en una metamorfosi en aquest camp de la salut. No solament mitjançant l'etnopsiquiatria comparativa, o l'estudi transcultural del patiment mental que veiem en els treballs de Devereux (1973) o Lewontin (1996), sinó també més endavant mitjançant el desenvolupament epistemològic d'autors com Arthur Kleinman (1991), Eduardo Menéndez (1984) o Byron Good (2003), que van posicionar la biomedicina com a objecte d'anàlisi, és a dir, la van observar no com "la veritat objectiva" enfront dels processos de salut i malaltia sinó com una més de les aproximacions possibles. Per la seva banda, Gregory Bateson, antropòleg i un dels referents més coneguts en aquest àmbit, va intentar analitzar el paper de la família en el desenvolupament de la psicosi.

A principis dels setanta va publicar un llibre titulat *Pasos hacia una ecología de la mente* en què aprofundeix en l'estudi del que ell va definir com la teoria del doble vincle. Bateson intentava explicar el desenvolupament d'alguns casos de psicosi com a resultat d'una situació traumàtica viscuda de manera constant durant un període de la infància. Parla d'una situació caracteritzada per l'exposició de la persona a dos o més missatges contradictoris d'un mateix emissor pròxim: pare, mare, germà, etc.

Aquesta contradicció, per la qual l'infant no està en condicions de definir quin dels missatges de la comunicació ha d'acceptar com a vertader, es fixa en la seva experiència de manera traumàtica i pot provocar, en el pas cap a una edat més adulta, el desenvolupament d'un mal, d'un desajust que serà nomenat com a problema mental. Tornem on érem, però.

Així, com anem veient, malgrat els intents de qüestionament i posada en pràctica d'estratègies que es diferenciaven de les pautes de la psiquiatria tradicional, durant la segona meitat del segle XX es produeix, d'una banda, la **consolidació d'un model d'enfocament positivista i biomèdic** associat al que es va anomenar *neokraepelinisme*, que explica les causes dels problemes mentals com a problemes de tipus genètic, neuroquímic, lesional, hormonal o de vegades víric, i que busca resultats associats a la utilització de neurolèptics, i d'altra banda, el desenvolupament d'una perspectiva més dialèctica, centrada en una reflexió sobre les condicions i els condicionants del patiment mental en termes psíquics i socials. Influenciada, en més o menys mesura, pel desenvolupament de tecnologies i pràctiques relatives a totes dues perspectives, a partir dels anys cinquanta als Estats Units, i als **setanta i vuitanta** a Europa, es comença a produir el que es va anomenar *reforma psiquiàtrica*. La reforma va

Exemple

Un cas fàcil d'entendre és el generat per una mare que verbalitza l'afecte pel fill i alhora rebutja aquest mateix afecte a partir del llenguatge corporal.

ser un intent de posar fi al model clàssic asilar. És a dir, si Pinel havia posat fi als grillons, era hora de posar fi a la reclusió en si mateixa i dedicar-se de manera més específica al treball de la salut mental dins de la comunitat. Aquells plantejaments elaborats per Tosquelles, i pels teòrics de l'antipsiquiatria, semblaven prendre cos en projectes impulsats internacionalment per l'OMS, que auguraven una transformació total i profunda en el tractament i les implicacions d'aquest tractament. El que en principi va ser anomenat *procés de desinstitucionalització* es recolzava en la necessitat de l'externalització dels pacients, el tractament psicofarmacològic ambulatori i un treball centrat en la recuperació de les xarxes i llaços socials. Com hem anat veient, aquestes mateixes idees no van ser una novetat de l'època, sinó que s'obrien camí des de dècades anteriors, però l'espirit de reforma derivat de les circumstàncies de crisi i postguerra, sumades al desenvolupament progressiu de l'efectivitat dels psicofàrmacs en el tractament de la simptomatologia que en certa manera traslladava les tecnologies de la contenció a l'interior dels cossos, va contribuir a fer sorgir una reforma que en la majoria dels llocs on es va produir es va interpretar com una de les revolucions principals en el camp de la salut mental.

Malgrat que semblava que aquells enunciats derivaven inevitablement a un punt de grans transformacions, no tot va sortir com s'havia esperat. D'una banda, les reformes a cada país van estar lligades a processos específics de cada estat i a les seves circumstàncies politicoeconòmiques, i de l'altra, es va generar en certs sectors de l'antipsiquiatria, fonamentalment en teòrics com Laing o Szasz, un rebuig basat en la sospita que la reforma no era més que una nova estratègia de la psiquiatria mateixa l'objectiu de la qual se centrava en l'obertura de la comunitat com a territori psiquiàtricitzable, factible de ser tractat o abordat psiquiàtricament. És a dir, denunciaven que no es feia evident un canvi radical en la manera d'abordar el tema de la salut mental, no es treballava per una feina simètrica, pel diàleg recíproc, per una consideració dels afectats com a subjectes de ple dret, per l'establiment d'un abordatge realment multidisciplinari que inclogués la perspectiva dels afligits a l'hora de planificar o dissenyar les estratègies terapèutiques, etc. No. La reforma, en la majoria dels casos, va implicar canvis importants, vàlids i necessaris, però no es va constituir com una revolució real; va ser més aviat el resultat d'una sèrie d'acords, una mudança de caselles per a certes peces dels escacs en el complex món de les institucions relatives a la salut mental.

La psiquiatria neokraepeliniana, renovada per la influent edició el 1980 del DSM-III i la consolidació del rol central de la psicofarmacologia, va continuar exercint el paper dominant en tot el procés.

L'evidència relativa a aquests qüestionaments es pot trobar en la conformació actual dels dispositius sanitaris, en què el que es va produir va ser una consolidació del model biomèdic kraepelinianà o neokraepelinianà en què la principal i de vegades única tecnologia de tractament són els neuroleptics. Moltes de

les grans intencions es van anar esvaint en els llindars que hi sol haver entre la dimensió de la idea, la dimensió de la proposta, la dimensió de la llei i la dimensió de la pràctica. Enric Novella va més enllà fins i tot que Laing i Cooper quan afirma la possibilitat d'entendre la reforma com un nou pas de necessària refundació de la psiquiatria mateixa davant l'evident trontoll dels setanta. I afirma:

“Cabe preguntarse si las razones del evidente poder de seducción de este modelo interpretativo no radican en su funcionamiento como una suerte de relato mítico en el sentido apuntado por la moderna antropología social, es decir, como una especie de «relato sagrado sobre sucesos del pasado que es utilizado para justificar la acción social en el presente». Aparentemente, sus condiciones para desempeñar ese papel resultan del todo propicias, pues se trata de un relato que reserva a los profesionales la suficiente cuota de protagonismo y otorga a la psicofarmacología, que aglutina en definitiva el entramado de intereses más relevante y es la piedra angular de la praxis terapéutica en la actualidad, el lugar de privilegio en el desarrollo de la psiquiatría contemporánea.”

(Novella, 2008)

4. De la reforma a Espanya a avui dia

A Espanya, més enllà de les diverses innovacions i ruptures que poden haver tingut lloc esporàdicament en relació amb el model asilar tradicional, va ser a partir de la **Llei general 14/1986**, de sanitat, que es va passar a considerar oficialment adoptada la **reforma** que ja tenia resultats en altres països com Anglaterra, França, Itàlia o els Estats Units. En aquell moment s'abandona, almenys en termes epistemològics, la idea de la tutela, per a entrar en una etapa de més èmfasi en el fet comunitari i en un nou impuls als plantejaments psicoanalítics. Al mateix temps, la salut mental passa a formar part del Sistema Nacional de Salut, i a Catalunya, de la mateixa manera que va ocórrer al País Basc i Andalusia, **l'atenció psiquiàtrica** passa a ser **competència de la comunitat autònoma**. Una de les peculiaritats de Catalunya en aquest aspecte és el fort impacte del **sector privat** i la poca presència del públic en el maneig dels recursos; el 1990, de totes les institucions psiquiàtriques de la comunitat només n'hi havia dues de públiques. Actualment, el sistema continua essent gestionat per una majoria d'empreses privades a partir de les quals el govern autònom ha tercerajat la tasca de proveir la població dels serveis relatius a la salut mental.

Malgrat que la reforma s'inicia aquí de manera tardana en relació amb altres països, fonamentalment pel fre orquestrat per la dictadura franquista i per les particularitats del procés de transició, van haver de passar encara uns quants anys més perquè se'n fes visible la materialització. De fet, tot i que la llei és del 1986, no és fins al **1999** quan es regula legalment el tancament definitiu dels hospitals psiquiàtrics com a espais centrals del tractament, i es disposa la **creació d'una xarxa assistencial en la comunitat**. De totes maneres, el que va passar a Espanya, si bé amb les seves particularitats, no és tan diferent del que va passar als altres països on es va dur a terme la reforma. Com aclareix bé Josep M. Comelles:

“Entre la seguridad social falangista y el modesto estado del bienestar Español surgido de la Ley de Sanidad de 1986, no hubo ruptura sino acomodo. Intereses puramente corporativos han hecho que las relaciones de la Psiquiatría con las ciencias sociales en España no hayan seguido el modelo anglosajón, mucho más pragmático, que permitía un diálogo mucho más abierto con el psicoanálisis, la sociología empírica o el culturalismo, sino que se configuró a partir del picoteo por parte de algunos médicos de teorías y enfoques tomados del mercado intelectual y la elaboración de chapuzas sincréticas que no ponían en cuestión la permanencia de los psiquiatras en el modelo médico, es decir aquellas que enfatizaban la subjetividad, la psicología individual o el neo-kraepelinismo representado por el DSM-III y IV.”

(Comelles, 2007)

El que pot semblar paradoxal malgrat no ser-ho és el fet que en **plena expansió de l'entusiasme reformista s'anés consolidant simultàniament una retorn ràpid al model biologicista**. És a dir, s'obren els psiquiàtrics, però els nous dispositius mantenen en gran manera la lògica asilar; són territoris en què el boig continua exercint un paper secundari, no se li permet abandonar el rol atorgat de subalternitat total. Com ja hem esmentat, la publicació del DSM-III als Estats Units i la influència creixent que va tenir en la psiquiatria europea van confluïr cap a la fonamentació del que es va anomenar *neokraepelinisme*, un corrent que bregava pel retorn de la disciplina als seus fonaments essencialment clínics amb l'argument que eren aquests fonaments els que havien de sustentar les bases de la ciència pensada en termes de pragmatisme positivista. El baluard principal d'aquest corrent es troba avui en el **DSM-IV**, manual diagnòstic dels trastorns mentals que va sorgir com a instància revisada dels DSM-III i DSM-III-R, i en la pròxima aparició del DSM-V. El DSM-IV té a Europa el símil en el **CIE-10** (Classificació internacional de malalties). Des de diferents corrents, aquests dos manuals són i han estat objecte de qüestionaments per les estretes vinculacions entre la suposada aparició constant de trastorns nous i el creixement exponencial de la influència de la indústria farmacèutica en el disseny de les recerques científiques. En aquests manuals s'exposa una categorització de les diferents malalties a partir d'una sèrie de criteris que neixen de la classificació "rigorosa" dels signes que denoten i els símptomes que manifesten els pacients. "Més que qualsevol altra nomenclatura de trastorns mentals, el DSM-IV està basat en l'observació empírica", s'afirma en la introducció al manual. No obstant això, podem dir, seguint Martínez Hernáez (1998), que un dels problemes principals que evidencia és precisament el fet que aquesta categorització mitjançant símptomes no té en compte la variabilitat possible en la interpretació d'aquests símptomes.

Els **símptomes poden respondre a incomptables causalitats**; mentrestant, **la psiquiatria s'obstina a definir-los com a fenòmens tancats**, hermètics, cenyint de manera arbitrària l'explicació a una o dues qüestions que no solament els redueixen en tant que manifestacions sinó que en compliquen la possible comprensió i el tractament posterior. La suposada "observació empírica" i les circumstàncies que l'envolten en tant que elaboració haurien de ser un tema de debat per a la psiquiatria. Per motius ideològics, econòmics, polítics, epistemològics, etc., encara no ho són.

En certs aspectes, aquell apogeu reformista dels setanta i vuitanta es va anar esvaint mentre l'abordatge biomèdic es tornava a posicionar a partir de l'impuls econòmic i financer que ha anat rebent la indústria farmacèutica i l'establiment de llaços cada vegada més estrets entre aquesta indústria i la disciplina psiquiàtrica. En aquest marc, el neokraepelinisme actual veu la bogeria com a resultat d'una suposada anomalia en la composició "natural" del cervell, anomalia que s'ha intentat explicar històricament per mitjà d'una disfunció relativa de diferents substàncies que es troben en la composició del cervell. Com explica Lewontin, aquesta perspectiva ha fet que s'afirmi en diferents circumstàncies que "la esquizofrenia se debe a problemas en el metabolismo

Exemple

Un ull que es tanca reiteradament, diu Martínez Hernáez seguint Geertz, no és sempre fer l'ullet ni és sempre un tic. Depèn de qui hi hagi "a l'altre costat" i en quines circumstàncies es dugui a terme aquesta interpretació.

de la serotonina (1955), de la noradrenalina (1971), de la dopamina (1972), de la acetilcolina (1973) de la endorfina (1976) y de la prostaglandina (1977), sustancias que juegan un papel en la transmisión de los impulsos nerviosos entre las células y que al estar dañadas provocarían los trastornos” (Lewontin, 1996). Per exemple, una de les teories més acceptades avui dia en aquest sentit –encara que qüestionada recentment– proposa que l’origen del problema és una desregulació en la transmissió dopaminèrgica. Aquí és on entrarien en joc els neuroleptics, que tenen la funció de regular aquesta sobreactivitat i reduir així les possibilitats de l’aparició de les manifestacions simptomàtiques. Amb aquesta mena de plantejaments, la psiquiatria ha intentat demostrar al llarg de la història, sense arribar encara a resultats concloents, que els “hechos biológicos son ontológicamente anteriores, y la causa de los hechos conductuales o existenciales” (Lewontin, 1996). Sobre aquest tema, Martínez Hernández diu el següent:

“Actualmente disponemos de un arsenal de hipótesis biológicas sobre la esquizofrenia, entre las que cabe destacar la llamada teoría dopaminérgica, la estructural-lesional, la vírica y la genética. La primera parece ser la de más éxito y se basa en la evidencia de que existe una hiperactivación de las vías dopaminérgicas cerebrales que es la responsable de experiencias como el delirio y las alucinaciones. En beneficio de esta hipótesis se apunta que los neurolepticos y antipsicóticos, que son los fármacos por excelencia para el tratamiento de la esquizofrenia, se muestran eficaces en la reducción del delirio y las alucinaciones, también llamados síntomas positivos, porque operan bloqueando los receptores cerebrales del neurotransmisor conocido como dopamina. De hecho, los neurolepticos han demostrado tener un efecto contrario al de las amfetaminas que liberan dopamina y exacerban los síntomas positivos de la esquizofrenia.”

(Deakin, 1988, i Andreasen i Carpenter, 1993, citats a *¿Has visto como llora un cerezo?*, Martínez Hernández, 1998)

5. Les particularitats del model català

Ara ens centrarem en les articulacions específiques del model a Catalunya. Actualment, des del 1992, la Generalitat és la responsable de la gestió dels contractes amb les entitats professionals dedicades a l'atenció de la salut mental. Estructuralment parlant, aquesta atenció es duu a terme a partir d'una sèrie de xarxes i serveis que intenten cobrir pràcticament tota la demanda de la població i es distingeixen pel tipus d'usuaris a què es destina el servei. Alhora, la xarxa busca cobrir les diferents instàncies possibles de l'atenció: ambulatoria, hospitalària i comunitària. Per a això es divideixen en:

- Serveis d'Atenció Especialitzada en Salut Mental
- Serveis d'Hospitalització d'Aguts, Serveis d'Urgències Psiquiàtriques
- Serveis d'Hospitalització de Subaguts
- Serveis d'Internaments en la Comunitat
- Serveis d'Hospitalització de Llarga Estada Psiquiàtrica
- Serveis d'Atenció Específica
- Serveis d'Hospitalització Parcial
- Serveis de Rehabilitació Comunitària
- Serveis d'Atenció en Unitats Polivalents a la Comunitat

Font: Pla director de salut mental-2006 (2009).

Aquest model té com a eix l'actual **Pla director de salut mental i addiccions**. Es tracta d'una definició marc, centrada en l'anomenada **declaració d'Hèlsinski**, de la Unió Europea, que definia la salut mental com a tema prioritari a escala continental. El Pla va buscar plantejar i definir un esquema del que hauria de ser l'aproximació i la cura en aquest àmbit. Segons afirma en la introducció,

“Cal enfocar els greus problemes de la salut mental des de la salut pública, de manera que es faciliti la comprensió de les múltiples variables que estan influïnt en l'increment del patiment i de les dificultats de les persones en els països europeus. Aquest malestar està en la base de l'augment dels trastorns de salut mental que s'esperen per als propers anys. Des d'aquesta perspectiva integradora, la Declaració posa èmfasi en el respecte als drets humans i en la implementació de models d'atenció de base comunitària i multidisciplinària.”

(Pla director de salut mental i addiccions-2006, 2009)

El Pla fa una aproximació al tema per mitjà de quatre instàncies:

- El model conceptual sobre la salut mental.
- El model d'atenció, que es posaria en pràctica a partir del model conceptual.
- El model de serveis, que és el model mitjançant el qual s'ha d'implementar l'anterior.

- El model organitzatiu i professional, relatiu a les maneres amb què s'ha d'organitzar la feina quotidiana sobre el terreny.

A primera vista, hi ha una intenció en el Pla, que reprèn alguns dels aspectes reclamats fins i tot per l'antipsiquiatria. És a dir, mentre un llegeix el marc teòric i l'aproximació epistemològica des de la qual es proposa la posada en funcionament, sembla com si s'hagués recuperat bona part de l'esperit o la força de les reformes: la necessitat del fet comunitari, de la multidisciplinarietat, del respecte als drets humans, etc. No obstant això, entre el model conceptual i el model organitzatiu hi ha alguna cosa que es perd pel camí, hi ha un desfasament que s'acaba transformant en mancança, i força l'última baula de la cadena –el model organitzatiu i professional– a transformar-se en una escenografia de si mateix. En un “fer com si”. Durant la definició del model d'atenció, s'anuncia, per exemple, que “La construcció de la salut mental al llarg de la vida, i en especial durant les primeres etapes de la maduració psicobiològica, comporta una dinàmica tan complexa i plena de variables que es confon totalment amb la biografia i l'experiència de l'individu”. És a dir, es parteix d'una idea que mira de tenir en compte i assumeix la mateixa complexitat del fenomen, i planteja, per tant, la dificultat de tota aproximació i la necessitat d'un abordatge transdisciplinari posant un èmfasi especial en el dret i respecte dels afectats en tant que ciutadans. El model és definit mitjançant una sèrie de conceptes que fins i tot són destacats a escala metatextual, conceptes com la satisfacció de les expectatives i les necessitats i els desitjos dels usuaris, i la seva participació en els dispositius. És a dir, hi ha una declaració de principis que proposa un lloc central per a l'afectat i planteja, entre els seus objectius, la necessitat de l'escolta d'aquestes subjectivitats per part de professionals, i el respecte a la seva autonomia. Fins i tot proposa per a ells un lloc relativament actiu. Com sol passar, però, en moltes ocasions i circumstàncies, entre el plantejament teòric de les intencions i les aplicacions reals, la possibilitat d'una política en salut mental vertaderament inclusiva i participativa envers els afectats s'ha vist constantment coartada i asfixiada els últims anys. Com hem dit abans, moltes de les grans intencions es van esvair en els llindars que hi sol haver entre la dimensió de la idea, la dimensió de la proposta, la dimensió de la llei i la dimensió de la pràctica.

I davant aquesta situació el que ens correspondria qüestionar a les grans institucions des d'on es construeixen les aproximacions sobre la salut mental és una falta sistemàtica d'observació, assessorament i acompanyament dels rumbos adoptats per les pràctiques plantejades en els models epistemològics. És com si només en el fet mateix de definir les línies d'actuació que van sorgir d'aquella declaració d'Hèlsinski, per exemple, ja s'hagués donat per assumit que això repercutiria sense canvis en les bases sobre les quals s'haurien d'aplicar, que serien adoptades sense badar boca, sense les modificacions, les intervencions i les aplicacions que generen els grups i els individus en l'àmbit de les pràctiques quotidianes en relació amb les definicions teòriques. Va faltar i falta planificació i acompanyament en aquests aspectes. No és solament qüestió de plantejar la idea i aplaudir-la, sinó de construir-la col·lectivament

i multidisciplinàriament. Aquesta elaboració i la seva consolidació no pertanyen exclusivament a l'àmbit dels enunciats i les definicions, sinó que es materialitzen en el de les pràctiques quotidianes.

Un model no és sense les pràctiques que el fan efectiu; aquí resideix la coherència d'un model. En **cas contrari és**, com hem dit, una escenografia, una **declaració d'intencions**, un punt mort agreujat per la falsa sensació del deure complert.

Menéndez Osorio analitza magistralment el procés de postreforma a Espanya en general i afirma el següent:

“De un lado, se iban agotando, limando, reduciendo, despreciando y anatematizando los debates ideológicos y consecuentemente las diversas formas de desarrollo y gestión en salud mental (desde la participación de los distintos trabajadores y profesionales y afectados, hasta las formas de articulación y de desarrollo de los programas; de la evaluación; de la planificación, etc.). De otro lado, la riqueza y diversidad de espacios teóricos, de formulaciones acerca de los conocimientos en Salud Mental de las distintas técnicas y prácticas asistenciales (psiquiatría social, psicoanálisis, cognitivismo, biológico, sistémico, etc.), se iban igualmente cercenando, bien por imposición del «mando», o bien porque iban reduciéndose a capillas, campos y espacios cerrados, escuelas y feudos propios, donde los debates abiertos y el contraste de técnicas o saberes y aplicaciones prácticas se limaban, por comodidad, ignorancia, dejación, desinterés, o simplemente para tener otros cotos –aunque fuesen pequeños– de poder y de realización. Mientras tanto, en el campo de la planificación y gestión, así como en el de las formulaciones teórico-prácticas en salud mental, iba imponiéndose el pensamiento único: en la gestión, las formas neoliberales y pragmáticas; y en la formulación técnica, las neurociencias. El resto iba quedando relegado.”

(Menéndez Osorio, 2005)

Avui, encara que no hauríem de menysprear el valor del procés mateix de desmanicomialització i els avenços concrets d'aquest procés en termes fonamentalment estructurals, no pas simbòlics, assistim a una mena de posada en escena, que en gran manera està vinculada als plantejaments de postreforma sobre el que és l'“esperit real” de la transformació en el camp de la salut mental. Alhora, aquesta posada en escena s'ha vist inspirada en l'“haver de ser” marcat pel Pla director mateix. D'alguna manera s'ha anat naturalitzant el fet d'assumir com a reforma només l'evidència de les transformacions en l'àmbit estructural, en les modificacions arquitectòniques dels espais i els dispositius. Assumim com a reforma un nou tipus d'esquema, suposadament en xarxa, però que continua funcionant i reproduceix en la majoria de les instàncies una lògica de reminiscència asilar evident. Dèiem en un article publicat el 2006 que:

Reflexió

Tenim la reforma, tenim el pla que la institueix; però, hem acabat la feina?, s'ha materialitzat profundament el procés de transformació reclamat pels teòrics de la reforma?, és hora de tornar a casa?, a quina casa?

“En las sociedades contemporáneas, el campo de la rehabilitación psicosocial de los llamados trastornos mentales severos, principalmente de las diferentes variedades de psicosis de curso crónico, viene unido a una curiosa paradoja. Por un lado constituye una alternativa al modelo custodial clásico a partir de la creación de dispositivos externalizados y la puesta en práctica de iniciativas de tratamiento e inserción social de un colectivo que había visto reducidos –si es que no anulados– sus derechos de ciudadanía. Por otro lado, sin embargo, este mismo campo parece requerir de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares.”

(Correa-Urquiza *et al.*, 2006)

I això està lligat, entre altres factors econòmics, polítics i socials, a l'absència d'una vertadera reflexió o qüestionament analític permanent dels mecanismes interns dels dispositius i tecnologies que es van posar en funcionament després de la reforma. Comelles ens ho recordava en aquell article del 2007, quan afirmava que a Espanya:

“Tampoco los psiquiatras se plantearon, una reforma de los estudios de Medicina y mucho menos una formación postgraduada en Psiquiatría abierta a las Ciencias Sociales como sucede en la mayoría de países desarrollados y no desarrollados, de manera que la agenda profesional se definió desde el principio como una agenda puramente clínica, en la que los sectores vinculados a las escuelas psicoanalíticas o sistémicas son los únicos que ofrecen cierto perfil de transición. Por fin, en el despliegue de servicios tampoco se revisaron críticamente los efectos que habían tenido treinta años de seguro social falangista, sobre las representaciones que los ciudadanos se hacen de la oferta de servicios sanitarios, más aun se aceptó un modelo semi-jerarquizado de despliegue de servicios calcado del de la medicina somática, pero en el cual el manicomio, ahora llamado hospital monográfico o la sala de agudos del hospital general se convertían en la cúspide del sistema. Aunque las variaciones según distintas CCAA son notables, las piezas maestras de la reforma durante la Transición fueron el establecimiento de servicios de psiquiatría en los hospitales generales –de la SS que eran la red más importante–, el establecimiento en algunas CCAA de redes descentralizadas de atención en salud mental y una retórica de cierre y reconversión de los manicomios entendida como proceso de desinstitucionalización.”

(Comelles, 2007)

En la realitat quotidiana de les persones, la salut mental continua essent abordada a partir d'un model, si no exclusiu, sí almenys prioritàriament biomèdic i farmacològic ancorat en el neokraepelinisme. El plantejament de base que es tradueix d'aquesta tendència és la concepció del subjecte com a organisme en procés de desestabilització, organisme desactuat de si mateix, organisme aïllat. Aquesta concepció prové alhora de la incidència del model biomèdic hegemònic (Menéndez, 1984) en relació amb el model de salut mental, cosa que implica, sobretot, definir el binomi *salut/malaltia* com una qüestió exclusivament biomèdica, com un fenomen sobre el qual es poden dur a terme pràctiques de reducció de la simptomatologia, de contenció, mentre es mantinguin les explicacions clíniques que justifiquin aquestes intervencions. Els orígens d'aquest procés els podem rastrejar en factors com el corporativisme institucional excessiu de les disciplines mèdiques desitjoses de mantenir l'*statu quo*, l'auge de la mercantilització de les relacions terapèutiques –com sol denunciar bé Benedetto Saraceno, psiquiatra i exdirector de salut mental de l'Organització Mundial de la Salut–, la pressió constant de la indústria farmacèutica, l'auge del pragmatisme i de l'argument pervers de la necessitat de la solució immediata. Tot això va portar progressivament a començaments del segle XXI a una situació senyalada per la desideologització de tot el fenomen

del patiment mental, per la consolidació d'una deshistoriarització sistemàtica. Des de la psiquiatria hegemònica la bogeria és analitzada sovint com a buida d'història; els subjectes són sense històries, són només en tant que cossos alterats per l'acció de la seva pròpia química en situació de desequilibri. Viuen una situació en la qual no importa dins de quins processos es produeix el dolor o el desencaixament dels problemes mentals. Tot això passa a un segon pla, a ser complement del que importa "realment": el que és científic, el que és objectiu; el tractament psicofarmacològic i l'aproximació exclusivament clínica. I torna a ser interessant fixar-nos en el fet que aquest mateix recorregut que ha portat l'aproximació al patiment mental es pot pensar com a deutor d'un context en què es consolida una revaloració de la medicina basada en l'evidència, de la ciència com a veritat en termes absoluts, del cientisme com a paràmetre de referència per a determinar el que és possible en les nostres societats i el que no ho és. Com diu molt encertadament Menéndez Osorio seguint Pau Virilio, "estamos en un momento de integrismo técnico, tecnoculto, de exaltación sin crítica de cuanto procede de lo que se considera gratuitamente científico" (Menéndez Osorio, 2005). Un temps en què l'important és el que és concret, la realitat construïda com a evidència científica, el que és quantificable, mentre que tota la resta entra en l'àmbit del que s'anomena *xerrameca contextual*.

Al mateix temps, el fet consumat de la medicalització de la bogeria no ha fet variar la mirada social que des de sempre hi ha hagut envers el fenomen. En certa manera, l'aproximació ha canviat en termes tècnics i de perspectives, però no han mudat les idees concebudes entorn del subjecte de la bogeria. És a dir, tant en la seva consideració d'heretge, de delinqüent o de malalt, existeix sempre en tant que productor d'una ruptura, com a subjecte aliè al nosaltres col·lectiu. I aquesta alteritat ha estat, al llarg dels anys, una mateixa alteritat; només ha anat canviant el nomenament que li atribuïm socialment. És com si haguéssim adaptat la semàntica de nomenament, l'etiqueta, als temps i contextos de cada moment, com si haguéssim adaptat la conceptualització al marc des del qual produïm socialment el coneixement que defineix el patiment mental; si abans va ser la religió i més endavant va ser la llei i l'estat, avui és la medicina basada en l'evidència. En els seus fonaments, però, la relació amb el boig continua en el mateix punt; encara és aquest "altre" entre nosaltres, encara és aquest estranger semiòtic amb qui ens és complex interactuar i a partir d'això decidim classificar-lo i apartar-lo. Dient això no diem que, atesa la realitat dels problemes mentals en termes de patiment, no hàgim de generar estratègies de millora per a aquest malestar. De cap manera. Diem que un dels problemes sorgeix, al nostre entendre, justament d'aquestes estratègies de millora que articulem des d'una mirada tancada i reduccionista. Que en lloc de buscar territoris i pràctiques comuns des dels quals construir col·lectivament la salut, el que fa és regular i dirigir des d'un entramat, simbòlicament i efectivament jeràrquic, com s'ha de tractar i què és el que en cada cas pertany a l'àmbit del que és tractable i del que no ho és.

En definitiva, i al mateix temps, passa que des del model mèdic es decideix què és normal i què és anormal en termes de comportament, i aquestes decisions acaben calant en l'àmbit social com a sentit comú, com la perspectiva lògica i naturalitzada sobre la bogeria.

És a dir, que aquesta consideració de l'afectat, en tant que no-subjecte, no actiu, pacient passiu enfront del seu propi procés, objecte de la "reconversió" necessària, determina les particularitats de tota articulació mèdica i social sobre el tema. Dit d'una altra manera, actualment la percepció pública sobre els problemes mentals deriva en gran manera de la història que hem esbossat aquí i de la perspectiva medicopsiquiàtrica, que es manté en línies similars a les dels seus inicis. Socialment és des de la ciència que s'esperen les definicions sobre el que significa i implica el fenomen en general. Al mateix temps, la construcció mediàtica de la bogeria, basada en aquella concepció del boig heretada de l'edat mitjana com a estranger en relació amb el nostre estar comú, contribueix en tot el procés.

Els mitjans de comunicació reproduïen i potencien una mirada que té com a úniques fonts els esdeveniments vinculats al món del que és noticable, al que és vàlid en termes de notícia; és a dir, la informació relativa a fets delictius o policials derivats de persones amb diagnòstic, i sobretot la paraula de la psiquiatria com a únic interlocutor possible, com l'expert en la matèria que explica les particularitats d'uns problemes mentals en tant que resultats de la seva pròpia alteració orgànica i química. A partir de la manera en què els mitjans elaboren les notícies sobre els problemes mentals es produeix una agudització, en molts casos, de la mateixa perspectiva, que deriva i augmenta l'estigma. El problema, en aquests casos, no és resultat de la falta d'informació a escala comunitària sobre què significa el patiment mental, sinó de la circulació d'un sol tipus d'informació –mèdica, en aquest cas–, que contribueix a la reïficació de la persona, a la consolidació del que hem anomenat altres vegades *sinècdoque organicista* (Correa-Urquiza, 2009), és a dir, la consideració de la dimensió fisicoquímica de la bogeria com l'única dimensió possible i existent. Al nostre entendre, la consideració social sobre el patiment mental canviaria en el moment en què els actors vinculats tinguessin l'oportunitat d'expressar els seus punts de vista, els seus parers i explicacions sobre aquest tema. I no ens referim només a la necessària aproximació interdisciplinària, sinó alhora a la possibilitat que els afectats mateixos puguin participar en la construcció del sentit del que significa i implica el patiment mental. En resum, l'afectat té també una història per explicar sobre aquest tema. Més endavant en tornarem a parlar. Per acabar, però, hem de dir que és àmpliament reconegut el fet que, quan el patiment mental deixa de ser tan sols una etiqueta diagnòstica per a ser alhora biografia, narrativa, relat sobre un estat o un esdevenir humà, la mirada social canvia. La bogeria, llavors, es pot pensar com a part de les complexitats huma-

nes, i les persones afectades són persones, subjectes socials amb una existència i una història que va més enllà i més ençà de la semàntica patològica que els enquadra, els defineix identitàriament i d'alguna manera els embulla.

Malgrat que d'entrada el panorama no pot semblar gaire prometedori, s'ha de recordar que aquestes últimes idees plantejades no han estat absolutament sepultades pels models hegemònics. De fet, són les que nodreixen alguns dels grups, entitats, associacions, cooperatives, que treballen més enllà de les estructures oficials, bregant-hi i interactuant-hi de vegades, però intentant elaborar altres marcs, altres territoris des dels quals es pugui pensar i actuar col·lectivament en el camp de la salut mental. És a dir, des de principis del segle XXI, malgrat el creixement i expansió del model neokraepeliniana, han sorgit diferents entitats d'usuaris i professionals.

Exemples

Emissores de ràdio gestionades pels afectats mateixos, associacions d'usuaris, grups "sense nom però amb força", grups d'autoajuda, algunes associacions només de professionals, algunes individualitats carismàtiques entre psiquiatres, psicòlegs, infermers, antropòlegs, treballadors socials, artistes, etc., que han vist la necessitat de sumar esforços i adoptar un cert posicionament de reivindicació sociopolítica clara.

Són grups o persones que no es defineixen, en principi, en el sentit de respondre a una determinada doctrina, sinó que intenten elaborar una referència pròpia i fluctuant a partir de l'experiència directa i un bagatge teòric important. Si bé, de vegades, es pot entreveure una feina de recuperació de les idees dels anys setanta, aquestes idees s'han revisitat i remesclat amb un discurs més pròxim a la vivència quotidiana dels subjectes, al fet concret d'habitar territoris solcats per una semàntica estigmatitzant i realitats de neuroleptics i psiquiàtrics. Entre tots van proposant, recuperant i exercint una altra terapèutica, que no descarta les categories diagnòstiques com a tals –ni l'aproximació biomèdica–, sinó que les inclou i les situa en un àmbit diferent, allunyat ara del camp de la identitat social dels individus. Dit d'una altra manera, encara que sense negar la pertinència i necessitat de les etiquetes en certes instàncies d'un tractament, les persones no són el seu diagnòstic. La idea de base d'aquests grups, que a poc a poc intenten que aquesta profunda cohesió constant i persistent els transformi en una opció a àmbits més amplis i amb més implicacions polítiques i socials, és que es pot treballar des de les esquerdes mateixes del model hegemònic, elaborar des d'allà nous espais i territoris d'escolta i acció col·lectiva que s'obrin a una reflexió profunda en relació amb la bogeria. Territoris que no per això hagin d'evitar una relació directa amb els dispositius oficials, sinó ben al contrari. No és des de l'oposició o confrontació que es produeixen algunes revolucions, sinó des de la feina en l'àmbit micropolític, en la vida diària de les persones, de les seves vides, dels seus itineraris concrets d'existència. Des d'una feina que busqui fusionar la realitat hegemònica experimentada amb l'opció rupturista possible en els petits moviments que poden exercir les peces cap a altres límits, cap a caselles que potser encara no s'han dibuixat en aquest tauler d'escacs immens. D'alguna manera són grups i col·lectius que sembla que recuperen, potser sense saber-ho, les suggeridores

Enllaç recomanat

Podeu escoltar l'emissora Radio Nikosia a: <http://www.contrabanda.org/contrabanda/>

idees d'Antonio Gramsci, per a qui el patiment psicològic es pot pensar com el resultat de la incorporació dels conflictes actuant en les relacions de força que regulen l'experiència social, com un procés d'incorporació de les contradiccions històriques determinades per les relacions de força. Operant sobre aquestes contradiccions, en el destensar i desarticular de les contradiccions, és que es poden anar pensant nous territoris, noves experiències per a desconstruir el patiment mental.

Potser, des del fons d'aquestes esquerdes que s'obren en les commissures del model, s'obrirà alhora la possibilitat d'una altra etapa en la vida de la bogeria. Potser, encara que soni excessivament utòpic o il·lusori, arribaran temps d'un millor estar, de recuperació del contacte, de desjerarquitització dels vincles entre persones, de tractaments realment comunitaris dins de contextos produïts col·lectivament. Potser, aquell model assistencial que es ve pregonant des de l'àmbit epistemològic –fins i tot oficialment– ja fa més de cinquanta anys sense arribar-se a consolidar més que en moments i espais aïllats, prendrà terra i es transformarà en una realitat social, política, que revertirà en un millor estar per a les persones que tenen o han tingut en algun moment de la vida un problema de salut mental. Potser encara es podran dibuixar altres taulers des dels quals habilitar altres accions per als escacs que ens convoquen.

Glossari

antipsiquiatria *f* Procés iniciat per diferents pensadors de la salut mental, com Thomas Szasz, David Cooper o Ronald David Laing. El concepte el va definir Laing i se centrava en la necessitat de desconstruir críticament i qüestionar les bases de la psiquiatria tal com es portava a la pràctica. Va sorgir de la necessitat d'evidenciar, mitjançant l'anàlisi, els mecanismes de coerció i dominació que hi havia al darrere de les pràctiques de la disciplina.

Malleus maleficarum *m* Tractat o manual editat el 1486, elaborat per encàrrec del papa Inocenci XVIII amb l'objectiu de definir el qui, el com i el quan de la persecució de les bruixes o de qualsevol individu que manifestés un comportament assimilable a la bruixeria, com va ser el cas dels subjectes de la bogeria en els seus inicis. El volum, redactat per dos monjos dominicans, Heinrich Kramer i Jacob Sprenger, es va publicar originalment a Alemanya, encara que al cap de no gaire es va transformar en l'instrument central de la Inquisició a tot Europa. En català, *El martell de les bruixes*.

neokraepelinisme *m* Corrent biomèdic que explica les causes dels problemes mentals com a problemes de tipus genètic, neuroquímic, lesional, hormonal o de vegades víric, i que busca resultats associats a la utilització de neurolèptics.

reforma psiquiàtrica *f* Moviment que es va començar a produir en el camp de la salut mental, influenciat, en més o menys mesura, pel desenvolupament de nous paradigmes i tecnologies a partir dels anys cinquanta als Estats Units, i als setanta i vuitanta a Europa. La reforma va ser un intent de posar fi al model clàssic asilar.

Bibliografia

- Angosto, T. (1993). Entrevista al Dr. Francisco Tosquelles. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 46 (XIII). Madrid.
- Basaglia, F. (1972). *La institución en la picota*. Barcelona: Barral.
- Basaglia, F. (1986). *Razón, Locura y Sociedad*. Mèxic: Siglo XXI.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente - Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Castel, R. (1975). *El Tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX*. A R. García (Ed.), *Psiquiatría, Antipsiquiatría y orden manicomial* (p. 84). Barcelona: Barral.
- Comelles, J. M. (2003). Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 19, 111-131. Barcelona: ICA.
- Comelles, J. M. (2007). Cultura, Sociedad y Psiquiatras en España. *Frenia, Revista de historia de la Psiquiatría* (vol. VII). Madrid.
- Comelles, J. M. i Martínez, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema.
- Correa-Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., i Martínez Hernández, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Revista Quaderns*, 22. Barcelona: Ed. UOC-ICA.
- Correa-Urquiza, M. (2009). *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Deleuze, G. i Guattari, F. (1972/1998). *El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Paidós.
- Deleuze, G. i Guattari, F. (2002). *Mil Mesetas: Capitalismo y Esquizofrenia*. València: Plaza Ediciones.
- Delgado, M. (1998). *Diversitat i integració*. Barcelona: Empúries.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Seix Barral.
- Ferrater Mora, J. (1965). *Diccionario Filosófico*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1991). *Saber y Verdad*. Madrid: Ed. La Piqueta.
- Geertz, C. (1973/2000). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (1963/1989). *El estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Duro, E. (2002). Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. A *El rayo que no cesa, Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría*, 4, 5-17. Madrid.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué?. Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*, I. Madrid.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. Nova York: Basic Books.
- Kleinman, A. i Kleinman, J. (2000). *Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento*. A E. González i J. M. Comelles (Eds.), *Psiquiatría transcultural* (pp. 13-35). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Lewontin, R. (1996). *No está en los genes*. Barcelona: Grijalbo-Mondadori.

Martínez Hernández, Á. (1994). *El síntoma y sus interpretaciones: en los límites de la Psiquiatría y la Antropología de la medicina contemporáneas*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona, Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i d'Àfrica.

Martínez Hernández, Á. (1998). *¿Has visto llorar a un cerezo?* Barcelona: Ed. Universitat de Barcelona.

Martínez Hernández, Á. (1998b). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 68 (XVIII), 645-659.

Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Menéndez, E. (1992). *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. A R. Campos (Comp.), *La antropología médica en México* (tom 2, pp. 9-24). Mèxic: Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, E. (1984). *El Modelo Médico Hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud* [disponible a l'Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 3]. Mèxic: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69. Mèxic.

Menéndez Osorio, F. (2005, juliol-setembre). Veinte años de la reforma psiquiátrica - Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 95 (XXV), 69-81.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). *Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones.

Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad, interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Revista Frenia* (VIII), 9-32. Madrid.

Vallejo Nájera, A. (1932). Ilícitud científica de la esterilización eugénica. *Acción Española*, 2 (I), 142-154. Madrid.

