

La vida deshabitada

Salut mental i patiment social

Martín Correa-Urquiza

PID_00192052



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. L'estigma com a procés de deshistoriarització.....	9
2. L'estigma com a acció transversal i longitudinal.....	15
3. La desarticulació de la identitat.....	20
4. Diferents estigmes, un sol estigma.....	23
5. Mitjans de comunicació i estigma.....	30
6. Que és la normalitat?.....	32
7. De rols, estatus i altres llocs simbòlics.....	35
8. Arqueologies de la subjectivitat com a punts de partida.....	39
Glossari.....	45
Bibliografia.....	46

Introducció

En aquest mòdul intentarem analitzar, de manera articulada, una sèrie d'idees i significacions que es poden pensar com si formessin part del gir centrípet del coneixement específic sobre l'estigma i el patiment social en els subjectes de la bogeria. Parlarem de conceptes o categories analítiques com *deshistoriarització*, *fossilització identitària*, *rol i estatus social*, *malaltia total o absoluta*, *normalitat*, o *estigma*. Al mateix temps, hem de dir que aquest tipus d'exploració interconnectada respon no tant al capritx analític a què solen obligar les circumstàncies com al fet que cadascuna d'aquestes categories no pot ser pensada aquí si no és en la relació dinàmica que té amb les altres. Podem assenyalar que formen part d'una mateixa madeixa, d'un mateix puzle, que ens porta a reflexionar sobre les variables, els determinants del patiment mental, que neixen més enllà o més ençà de qualsevol dimensió orgànica específica. És a dir que tenen a veure amb les dificultats de *ser* i *estar* socialment en territoris solcats per idees preconcebudes entorn del patiment mental. O més concretament, ens referim a aquest entramat simbòlic de significacions negatives, a aquest bosc de símbols caracteritzat per una semàntica d'oposició, de negació, de desautorització, pel qual d'alguna manera estan conduïts a deambular els subjectes d'aquesta bogeria, i que es materialitza en aquests subjectes com un dolor real, quotidià, amb implicacions concretes en l'àmbit de les seves biografies. Anem a pams.

Recordem que, si bé l'anomenada *reforma psiquiàtrica* va significar un avenç significatiu en l'accés a les llibertats i a l'autonomia, és cert, d'altra banda, que va ser a partir d'aquest moment, quan es van obrir les portes dels vells manicomis, que l'estigma va passar a ser experimentat en el cos quotidià dels subjectes de la bogeria. El rebuig es va fer carn, es va materialitzar com a experiència tinguda en la vida diària. Les societats ja gairebé s'havien acostumat a aquest relatiu i pervers *estar* afable que dóna la diferència tancada, i no es van mostrar disposades a rebre-la com a part inherent al cos social. L'hospital, amb les seves atrocitats iatrogèniques, d'alguna manera protegia el boig, li evitava l'ara hàbit del rebuig, el neutralitzava –de fet, aquesta raó era un dels principals arguments dels grups contraris a la reforma psiquiàtrica. Tanmateix, això no ens hauria de fer dubtar sobre l'eficàcia o la conveniència d'enderrocar certes muralles, però sí que es podria pensar com a impuls per a reflexionar sobre les maneres a partir de les quals l'estigma s'ha anat erigint en un altre mur simbòlic que deshabita el subjecte, en un mur psiquiàtric disseminat socialment, productor d'aïllament, confinament i dolor. Aquesta última manifestació és un fenomen que les mateixes lleis de reformes, en els diferents contextos que van tenir, van preveure de manera molt activa. Franco Basaglia, des d'Itàlia, definia l'estigma com un dels aspectes principals que s'han de tenir en compte i contra el qual s'han de posar en funcionament tot un seguit de campanyes de sensibilització i processos de neutralització a fi d'evitar en els pacients el patiment que se'n deriva. A la pràctica, però, la qüestió de l'estigma i les seves

definicions qualitatives va anar quedant relegada a un lloc secundari, va anar cedint territori en les agendes governamentals a l'univers de l'evidència científica i a la *veritat* del medicament.

Objectius

1. Desentranyar els elements que s'erigeixen en factors de risc i de generació de malestar en l'àmbit social del patiment mental.
2. Acostar-nos a la comprensió de les categories que podrien definir aquests elements i que ens permetrien una anàlisi més àmplia i més profunda dels seus mecanismes de perpetuació.
3. Analitzar la noció d'*estigma* en les diferents variants socials que té.
4. Analitzar els processos de deshistoriarització pels quals passen els subjectes del diagnòstic.
5. Elaborar eines d'aproximació i acció en la dimensió sociocultural del patiment mental.

1. L'estigma com a procés de deshistoriarització

Hi ha certa iniquitat en l'abordatge i en el tracte social del patiment mental. En la mirada que hi dediquem, en el lloc on situem els subjectes que en tenen. Una injustícia que s'aguditzava pel desconeixement, de vegades, dels qui la provoquem sobre el fet mateix d'estar provocant-la i que genera sobre aquests subjectes un altre tipus de dolor vinculat al que anomenem *estigma*. Aquest fenomen, però, és clar, és un fenomen que té les bases en elements bastant més amplis que els que concerneixen aquesta bogeria. Socialment ens fossilitzem els uns als altres, ens vinculem com si els altres fossin només categories estanques, identitats sense fluctuació, cosa que ens permet cert grau de previsibilitat i per tant de tranquil·litat circumstancial. Quan l'altre és dins d'aquell compartiment tancat que ens habilita a definir-lo i regular-lo i a preveure –fins a cert punt– les opcions del seu comportament, és quan un accedeix a tornar a circular socialment amb relativa tranquil·litat.

Llavors passa que el transportista es torna un transportista absolut, que la dependenta d'aquell supermercat és només en la seva condició de dispositiu expedidor de fruita i verdura, que el carter és una mena de tecnologia que fa aparèixer comptes, factures i missives; en les seves històries, a davant o a darrere, no hi ha res, més enllà del moment present en què ens hi estem relacionant.

El que produïm socialment i col·lectivament en les interaccions en l'espai públic, l'àmbit urbà, és el que podem definir com un procés de deshistoriarització temporal, en què les relacions són com llampecs guturals de connexió i desconexió, com postals dels altres, fotografies instantànies que no ens permeten saber ni comprendre més de l'altre, més enllà del que ens ofereix la relació produïda en aquell instant. Són potser cacofonies d'una única versió dels subjectes producte de les interrelacions entre els subjectes. L'àmbit urbà és aquesta textura (Delgado, 1999) per la qual d'alguna manera estem condemnats a passejar establint microrelacions que veurem com a alienes i enfront de les quals, d'alguna mesura, ens sentim obligats a mantenir la guàrdia ben alta, a estar atents a tots els atzars possibles. És un territori-cos sense òrgans (Delgado, 1999), instància de fluctuacions, manifest de la liquiditat en què ens desplaçem constantment per acabar essent en tant que personatges de l'àmbit públic. I és en aquest univers de les relacions fluïdes, del fer i estar de la quotidianitat –potser fins a cert punt això no passa de manera tan abrupta amb les relacions estructurals de les xarxes íntimes de primer grau–, que s'ha tornat visible habitual bregar a partir de la il·lusió de l'absolut. És el miratge fet oasi del fet que aquells amb els quals ens vinculem són en aquest instant el tot de si mateixos, ocupen el rol i l'estatus que els defineix íntegrament, són això, només això i això i prou. Es tracta d'un absolut que instituïm en l'altre a partir d'una sèrie variable de signes i símptomes vinculats al seu rol d'aquest moment i al que la nostra pròpia història ens explica sobre aquests signes.

És a dir, la percepció que tenim sobre la dependent, la sintetitza, la redueix en el seu ser en tant que dependent, ajusta la seva mida a allò que n'esperem en les circumstàncies en què ens vinculem, cosa que ens atorga cert grau de marge per a saber actuar davant seu, per a reconèixer-la o almenys pensar que la reconeixem. I en fer-ho, naturalitzem aquest fragment de la seva identitat com l'absolut de la seva identitat.

Produïm una mena de sinècdocque a partir de la qual la possibilitat de prendre la part pel tot ens permet interactuar amb un mínim d'informació. Fins aquí, més enllà de tot un mapa de petites violències subtils que implica l'acte mateix de la transhumància urbana i les seves instàncies de deshistoriarització, no és altra cosa, o si, que la manera mitjançant la qual hem après –o desaprès– a relacionar-nos socialment en el territori de l'àmbit públic. Un pot conjecturar, alhora, que es tracta de petits actes de supervivència, modificacions en les clàssiques relacions de poble xic, però és més complex que això. Del que potser no estem al cas és de la possibilitat que fundem aquestes identitats per satisfer una certa necessitat de tranquil·litat davant allò que és imprevisible. D'alguna manera ens neguem la història centenars de vegades diàriament els uns als altres –som una cosa així com Judes endèmics a l'aguait–, la desconeixem, no en fem cas mútuament amb l'objectiu d'una mena de supervivència emocional. No ens interessa. No la considerem retenible, pertinent, necessària, fins i tot possible. Suposem per endavant que no s'adequa a la nostra crònica quotidiana, que forma part de l'extern, i per tant que no ens incumbeix.

I passa que aquestes categories estances que defineixen identitats des d'una lògica normativa ens atorguen certa llicència per a l'enfrontament:

com a "client" ens atorguem potser el dret a destractar la dependent en tant que representant d'una empresa que ha pujat els preus o que no ha estat a l'altura de les nostres expectatives. No ens donem les mateixes llicències, però, si la relació s'estableix més enllà de la lògica de sinècdocques, si es produeix entre subjectes històrics, amb una biografia i un context que s'entremesclen. És a dir, si el vincle és entre un i aquesta noia anomenada Ainoa, que és mare i filla, que fa dos anys que ha arribat de Sant Sebastià, que odia l' Athletic però adora Chillida, etc.

Ervin Goffman (1989) vincula aquest procés amb el que defineix com a expectatives normatives i planteja el següent:

"La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. Por consiguiente es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en que "categoría" se halla y cuáles son sus atributos, es decir su «identidad social». [...] Apoyándonos en estas anticipaciones, las transformamos en expectativas normativas, en demandas rigurosamente presentadas. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con «otros» previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial."

(Goffman, 1989)

Allò que no entra en els nostres paràmetres de normalitat ho definim per fora i, lluny d'intentar comprendre-ho, ho fossilitzem. Per por.

El que miro de plantejar és que la trobada amb l'altre des de la idea biogràfica, des d'una concepció històrica, implica i determina necessàriament un altre tipus de relacions. Això no vol dir, és clar, que un hagi d'anar preguntant, consultant històries particulars de totes les persones amb les quals interactua al llarg d'un matí, sinó que, així com es produeixen aquestes instantànies tancades sobre els altres, bé ens podríem relacionar a partir d'instantànies no absolutes, obertes, que siguin més pregunta que certesa, més interrogant humil que resposta total. Que s'erigeixin com una opció envers l'altre, com una possibilitat per a la trobada.

Deshistoriaritzar és treure i obviar la història de l'individu, desentendre-la, desatendre-la. D'alguna manera deshabitar la seva vida. Tot procés de deshistoriarització comporta alhora certa fossilització identitària dels subjectes sobre els quals recau.

En el cas dels problemes mentals, la consideració sobre l'altre com si només fos aquesta dimensió que nosaltres hem decidit construir per relacionar-nos-hi genera un tipus particular de patiment, un patiment social o *social suffering* en termes d'Arthur Kleinman (1991). Kleinman, psiquiatre i antropòleg, es refereix a una classe d'aflicció la conceptualització de la qual ens permet reflexionar sobre les incidències del context –en termes de xarxes, espais, estructures, dinàmiques– en la vida dels individus. O plantejat d'una manera diferent: el patiment social és allò “que incita a apreciar el modo como se mezclan el universo social y el ser corporal (*body-self*)” (Kleinman i Kleinman, 2000).

En l'àmbit de les relacions de carrer o públiques del que anem parlant, l'altre deixa de ser aquest subjecte que nosaltres hem decidit petrificar, a partir del moment en què torna al centre de la seva història, quan es vincula a diferents persones amb les quals estableix llaços de més proximitat, o quan torna al seu entorn més biogràficament íntim. Hi ha, però, certes identitats relatives a certs individus amb les quals ens ha costat sempre de bregar socialment; intuïm una aleatorietat en els comportaments que ens incomoda, temem, pensem que no sabem on hem de posar els ulls quan els mirem, com dirigir-nos-hi, o ens atordeix la sola idea de l'esforç que, suposem, implicarà el vincle. I llavors els destractem, o ens n'allunyem, o els evitem. No hi ha intencionalitat ofensiva en això, generalment, sinó una inseguretat pròpia del *ser* i *estar* en societat, una mena de buit que sobretot ens impedeix comprendre el que determinen les nostres accions. Passa molt de tot això en la bogeria, en els subjectes de la bogeria, en les persones que han estat diagnosticades d'algun problema de salut mental. La seva deshistoriarització no és producte d'una acció brutal o eixordadora, sinó que es manifesta subtilment, calladament, a partir de gestos petits, simples, de lleugeres descortesies quotidianes, ancorades, sí, en la naturalització d'una important iniquitat pretèrita. Pensem que no sabem però al mateix temps posem en pràctica, davant seu, una sèrie d'actituds que tenen a veure amb un tipus concret de coneixement vinculat a tot un seguit de este-

reotips; imposem una classe de certes que generen en si mateixes una identitat artificial. Ells modelen les nostres pors, i per tant els definim, els estrangeritzem, els transformem semànticament en un altre aliè al nosaltres, cosa que ens ha d'exculpar de la **segregació sistemàtica** a la qual els confinem. Actuem davant seu des de la fluctuació entre dues variables rígides, això és, **l'assistencialisme paternalista** o el **rebuig**, no hi ha pràcticament espais intermedis, no els considerem en tant que subjectes actius, raonables, legítims.

Anomenar-los des de la seva diferència permet una justificació que ens allibera de la possibilitat d'apartar-los, separar-los, però no a partir d'una actitud concreta de marginació, és a dir, de fer-los fora per acció, sinó a partir del destracte, de no tocar, de no preguntar, de no *estar* en la relació o d'estar-hi des d'un lloc que no té gaire vinculació amb la trobada d'aquest moment i més amb la càrrega de sentit que portem prèviament en relació amb el fenomen de la bogeria.

Generem un espai vacu i silencis dominat per un nomenament quasi acusatori, que al mateix temps provoca en aquests individus la decisió de tancar-se, guardar-se, atresorar-se en si mateixos per no perdre's. Determina una cosa així com recollir-se en la teranyina pròpia per escapolar-se de les teranyines alienes, com assenyala bé David Cronenberg en la magnífica pel·lícula *Spider* del 2002. Som els "assenyats" els qui d'alguna manera fem desaparèixer els diagnosticats. Som taxidermistes d'aquests altres, els ancorem en la seva diferència per por de l'atzar al qual ens convoquen. La necessitat de delimitar les imprevisibilitats es basa en la fal·làcia reductora de pensar l'àmbit social com una successió de compartiments estancs i amarrables. L'àmbit social, per definició, és imprevisible, espontani, obert a les determinacions de tantes reaccions com individus el componen.

En Juan, un dels participants d'un projecte de ràdio a Barcelona, diagnosticat d'un problema de salut mental, explicava al començament de les seves intervencions en l'emissora que l'origen del seu problema havia nascut, no tant del que clínicament es pot anomenar brot psicòtic, sinó del que va desencadenar aquest mateix procés en la seva família, de l'antilloc que va passar a ocupar, del cúmul de relacions deshabitades, sense mirades, sense trobades. En Juan va entrar a la ràdio triant un malnom per a si mateix: Clandestino. Quan li van preguntar l'origen de la paraula va parlar d'aquest lloc de semipresència a què s'havia hagut d'acostumar al llarg de la seva vida. Se sentia invisible per al seu entorn, desautoritzat, deslegítimat; ell, deia, havia passat a ser "el malalt" i d'alguna manera el seu cos estava associat a una determinada inutilitat social. Amb el temps, en Juan va anar modificant aquesta actitud envers ell mateix, i en lloc d'afermar-se en la clandestinitat va acabar modificant el malnom radiofònic, i va passar a dir-se simplement Juan.

Radio Nikosia

Radio Nikosia és la primera emissora feta per persones amb problemes de salut mental. Més endavant parlarem més sobre l'experiència i el projecte en general, però ara direm que l'experiència, en tant que territori en què s'articulen altres formes, altres pràctiques

Nota

Més endavant examinarem detalladament aquest tipus de procés de recuperació identitària. Els itineraris d'en Juan, i també els d'altres participants de Radio Nikosia, han estat analitzats amb més detall a *La rebelión de los saberes profanos - Otras prácticas y otros territorios para la locura* (tesi doctoral, Correa-Urquiza, 2010).

en relació amb la bogeria, s'ha erigit en una de les meves referències fonamentals a l'hora d'intentar un abordatge teòric de la salut mental. En Juan participa en l'emissora des del 2006.

Això mateix es pot analitzar des de l'òptica de Ronald David Laing, per a qui, recordem-ho, els **problemes mentals no residien** en la psicosi, no hi tenien el nucli conflictiu, sinó **en el rol simbòlic i quotidià que està obligat a assumir el subjecte**, en el fet d'haver de començar, **a partir d'aquell moment fundador –el brot–** una vida marcada per la seva condició de malalt de la ment. El trastorn, diria Laing, no és el brot, sinó el que passa entre l'individu i el seu entorn arran de l'episodi. Es planteja així cert desencaixament, un desplaçament que situa l'èmfasi del conflicte, no tant en la dimensió orgànica i química sinó en els aspectes socials i culturals que el poden haver desencadenat i mitjançant els quals pot estar –sobretot– perpetuant-se.

Al que intentem referir-nos és al fet que aquest antilloc habitat es pot pensar en relació amb tot aquest procés de deshistoriarització de què anem parlant, amb aquesta instància permanent amb la qual traiem la seva biografia per a transformar-lo exclusivament en un desencaixament, en aquest subjecte de comportament estrany, inexplicable, imprevisible; el transformem en allò de què recelem, el reduïm a aquesta sinèdoque orgànica, com si tota la seva existència fos només i exclusivament aquell diagnòstic o aquell comportament que no podem descodificar. Passem per alt o desconeixem la possibilitat del fet humà en la bogeria, que el nom de la persona sigui Pedro o Raquel, que el seu patiment s'hagi originat en tal o en tal altre abús, en tal situació de violència intrínseca a la seva situació, en la qual s'ha hagut d'acostumar a *col·leccionar comiats*, etc. Marcio Belloc (2010) defineix els subjectes de la bogeria com a homes sense història, com a habitants del *no trobar-se*, i afirma el següent:

“O homem-sem-história, por sua condição de alienação, de habitar um altermundo, é a máxima expressão do isolamento por mais acompanhado que esteja de outros homens-sem-história. Está incapacitado de agir, tendo em vista que seus gestos serão sempre tomados como manifestação de uma definição pré-julgada e prognosticada. Como já afirmado, sua presença está ameaçada, sua experiência é invalidada, sua história é anulada.”

(Belloc, 2010)

En la seva tesi doctoral en el camp de l'antropologia, Belloc cita Joan García, participant del programa radiofònic i una persona que ha viscut al cos el que implica l'estigma. En Joan defineix així i en tercera persona la seva pròpia situació:

“Existe un grupo humano al que se le priva de sus derechos más básicos, una convención social en base a prejuicios, miedos e ignorancia. No les reconoce su dignidad como personas, incluso hay una amplia aceptación y justificación del abuso para someterlos sin su consentimiento. Se diría que la actitud social reinante es que son subhumanos: más inútiles, sucios, peligrosos, fríos, insinceros, imprevisibles, y débiles que el resto de las personas. Incomodan, se les rechaza y evita en el trato. Sin relaciones personales afectivas, ni de apoyo, incompetencia laboral, sin ingresos, sin acceso a vivienda, a la cultura... pierden toda oportunidad importante en la vida, pues no son dignos de vivirla, por ser como son, como somos, unos enfermos mentales.”

(Belloc, 2010)

En una altra ocasió en Joan va publicar un text en la revista *Bostezo* en el qual feia referència a la mateixa situació:

“Somos humanos en una sociedad individualista, competitiva, excluyente. Vivimos una ardua tragicomedia. La salud mental es el largo y tortuoso camino de aprendizaje cotidiano, entorpecido por problemas intrínsecos a la condición humana, cuyo comportamiento no es ciencia exacta. Cuando, en su sociedad de referencia, la vida es inaceptable, el individuo sufre sentimientos de malestar, y expresa la falta de sentido de la propia existencia: dilemas sobre qué decisiones tomar, ahogos en un mar de dudas, dificultades para adaptarse a ciertos valores morales, económicos, sociales, políticos; obstáculos que precipitan o producen angustia, discordia familiar, de pareja, problemas sexuales, fobias, estupidez, desempleo, incultura, inhibiciones. Incapaz de reflexionar en base a conceptos, éticas y hábitos de vida erróneos. Dividido y enfrentado a sí mismo, manifiesta síntomas agresivos de una des-estructuración personal que el organismo inventa para sobrevivir a situaciones insostenibles. El bloqueo afectivo –única defensa en un mundo que no le ama, que no le ve, que no le oye– corta el diálogo, inexistente, con el exterior. Surgen entonces inhibiciones más profundas que reprimen nuestra realización personal.”

(García, 2010)

Recordem també que en Pau, un altre participant de l'emissora, escrivia el següent per a un programa sobre la noció de *normalitat*:

“Davant la franca hostilitat del món real patètic i lluny del desitjable món real poètic, anem creixent a empenes i rodolons, amb la rara sensació de no poder ser mai nosaltres mateixos. Sentint-nos culpables per haver d'actuar per emmotllar-nos al que la societat espera de nosaltres. Ens convertim en actors, sí, però en actors del costat fosc, en actors perdedors, en actors fràgils, en actors muts...”

(Pau Vidal, Radio Nikosia)

Hi ha una certa intuïció d'allò que és aleatori, que és el que s'ha anat consolidant com el principal factor d'incomoditat provocat per la bogeria. És a dir, aquesta sensació que els compartiments de què disposem per a situar-los com a subjectes són massa fràgils, que poden fugir-ne i fer de la nostra quotidianitat social un territori encara més inestable, inesperat. Això ens pertorba. I és des d'aquesta sensació que sorgeix la necessitat de forçar-los i recordar-los permanentment la seva condició de malalts; d'aquí neix la pulsio envers el confinament semàntic. Encara que, si hem de ser francs, no és a ells a qui ho recordem sinó a nosaltres mateixos; és una etiqueta imposada sobre els altres per a mantenir el nostre equilibri particular. Això passa malgrat que la suposada aleatorietat de la bogeria no es pot pensar d'altra manera que en certes instàncies i circumstàncies; és a dir, és evident que durant un procés d'alteracions dopaminèrgiques o desencaixaments actitudinals –durant el temps del que la clínica anomena *brot psicòtic*– les possibilitats que el subjecte actuï de manera poc previsible per a les pautes de la normalitat establerta són elevades; però, com anirem analitzant i plantejant, aquest estat, en la majoria dels individus diagnosticats, no és una constant sinó que és només durant un determinat lapse i amb certes condicions. Més enllà d'aquest lapse, la persona continuarà essent i actuant segons els paràmetres i referents a partir dels quals s'ha produït la seva socialització. És a dir, aquells que veiem en cada context com la “normalitat”.

2. L'estigma com a acció transversal i longitudinal

L'etiologia del patiment en els problemes mentals s'inscriu en les interseccions, en aquests territoris frontissa que s'obren entre el que és orgànic, psíquic, social, cultural. No obstant això, aquesta dimensió relativa al patiment social s'ha d'analitzar en la vinculació que té amb aquesta fossilització identitària de la qual anem parlant, i al mateix temps en les vinculacions que té amb les formes d'etiquetatge social de la bogeria. És a dir, és un dolor que ja no està relacionat amb el que implica el diagnòstic en termes clínics o mèdics, sinó amb el que significa i determina el diagnòstic en termes socials. Es pot pensar en relació amb aquest procés de deshistoriarització com a part d'una acció longitudinal de l'estigma mateix, o bé més aviat com un altre mecanisme, però profundament arrelat a l'estigma. Hi ha, per tant, un doble fenomen:

1) el relatiu a l'estigma en general, que sorgeix del fet d'haver de sotmetre's a una existència entravessada per la idea estereotipada que els altres han construït sobre el subjecte mateix;

2) el vinculat a la impossibilitat d'abandonar aquest lloc simbòlic predeterminat.

És com si, no solament ser carter tingués una sèrie d'implicacions socialment negatives, sinó que al mateix temps el fet de ser-ho l'obligués a transformar-se en dispositiu expenedor de cartes durant la resta dels seus dies i en cadascuna de les instàncies en què interactua amb els altres, fins i tot en les íntimes o les familiars. Això és el que passa amb els subjectes de la bogeria: no solament hi ha una mirada invariable sobre l'etiqueta diagnòstica que l'anomena, sinó que està condemnat a portar-la la resta de la seva vida. Han estat empesos a abandonar el *self*, la idea del jo, per a entrar en el camp dels nomenaments aliens. És a dir, són els altres –família, sabers experts, amics, entorn– els que defineixen, decideixen, temen i actuen en relació amb ell. I ell, sense pràcticament marge d'actuació, és ara l'esquizofrènic o un determinat curs patològic: el malalt mental.

Parlem primer d'estigma, d'aquesta mirada que expulsa, que situa l'altre en la distància.

Estigma és un vocable d'origen grec i en els seus inicis era la manera d'anomenar una sèrie de signes sobre el cos, de marques que havien de portar o portaven els subjectes que per una raó o una altra havien infringit una llei social, moral, jurídica.

Goffman s'hi refereix (Goffman, 1989) i esmenta senyals que s'imposaven com a càstig, com a mesura punitiva, als qui trencaven un tipus de normalitat circumstancial o hi atemptaven. En un moment de la història, ja vinculada al cristianisme, la idea d'estigma va ser la manera d'interpretar religiosament les malformacions o fins i tot les demències; eren considerades una mena de càstig diví per haver comès una falta a l'ordre catòlic. De fet, moltes vegades es relacionaven amb marques a les mans que suposadament imitaven les ferides de Crist quan va ser crucificat; o marques al front, relatives als senyals deixats per la corona d'espines. Era un senyal interpretat en termes d'escarment sagrat i posava en evidència l'acte de violació moral i social que feia la persona. Amb el temps, aquestes **interpretacions místiques es van anar transformant en definicions d'ordre social**, en el sentit que el qui era portador d'aquestes marques era alhora responsable d'un tipus de desacatament; és en si mateix aquest desacatament i per tant ha de ser tractat en conseqüència.

Avui dia, i més enllà de lleus modificacions semàntiques, l'estigma continua mantenint algunes d'aquelles particularitats. Continua essent fonamentalment el generador o causant d'una segregació sistemàtica; és a dir, els subjectes estigmatitzats són situats invariablement en el lloc predefinit per l'estigma. Avui l'estigma ja no és una marca en el cos, sinó una relació, un tipus de vincle predeterminat per una mirada específica de rebuig. L'estigma està en la relació que establim amb la bogeria, en aquesta mirada regulada per endavant com una certesa que "altreritza" aquest altre afectat i el situa en el lloc del desacatament, de la diferència en relació amb la nostra suposada normalitat adquirida i assumida com la cosa "correcta" o "natural". Goffman el defineix també com l'atribució social de característiques negatives que es fa sobre un individu, aquesta construcció de la identitat de l'altre, l'estigmatitzat, en termes destructius. És a dir que, si bé va ser en un moment una característica física que tènia una sèrie de qualitats o significacions donades, **l'estigma avui es vincula més exclusivament a una qualitat atorgada**; ja no hi ha la mediació d'una marca concreta al cos, sinó que **la marca és en el camp simbòlic, conceptual**. El senyal, en tot cas, és en l'etiqueta. Així, el boig no necessita un signe físic relatiu a la seva bogeria que l'identifiqui com a tal –perquè de vegades no hi és, aquest signe, excepte en el moment del brot psicòtic o en els estats d'abaltiment i anhedonisme que resulten de la sobremedicació–, sinó que només pel fet d'haver estat diagnosticat, situat semànticament en aquesta categoria, el subjecte passa a ser tancat en aquesta categoria, que és on s'estableix la relació estigmatitzant.

Ángel Martínez Hernáez ens recorda així el poder destructor de l'estigma:

"Afirmar que la estigmatización es una variable de importancia en el pronóstico de la esquizofrenia es, a su vez, coherente con los datos empíricos sobre otras enfermedades, ya que incluso desde el paradigma biomédico se reconoce que hay un efecto negativo en la salud general inducido por los procesos sociales de labeling o etiquetamiento."

(Martínez, 1998)

Històricament i culturalment, l'estigma ha estat un fenomen que ha coexistit amb la resta de les pràctiques socials; en certa manera, és l'eina que assumeix una comunitat per a defensar-se enfront del *desconegut*, per a distingir el que és *propri* del que és *aliè*, etc. Oriol Romaní diu que l'estigma és potser una de les estratègies des de les quals els subjectes conformen els límits que s'imposen al caos (1996). Segons diu:

“Todo sistema tiene sus mecanismos de defensa, y uno de ellos sería precisamente el de presentar algunas de las conductas, situaciones o expresiones desviantes como patologías, ya sea a nivel social o a nivel individual. De todas formas esto no siempre se realiza ya que en la continua redefinición de la situación que se da en la interacción social no sólo pueden cambiar percepciones normativas asumidas en nuestra endoculturación, sino que las propias agencias de control social no los pueden abarcar en su totalidad.”

(Romaní, 1996)

Goffman planteja una cosa semblant quan afirma el següent:

“Debería pues advertirse que el manejo del estigma es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce donde quiera existan normas de identidad. Los mismos rasgos están implícitos sea que se trate de una diferencia muy grande, del tipo tradicionalmente definido como estigmático, o de una insignificante, de la cual la persona avergonzada se avergüenza de estarlo. Se puede sospechar, por consiguiente, que el rol del normal y el rol del estigmatizado, son partes del mismo complejo, recortes de una misma tela estándar.”

(Goffman, 1989)

Goffman diu, alhora, que l'estigma és “una classe especial de relació entre atributo desacreditador y estereotipo” (1989) dins d'un marc sociocultural determinat. És a dir, parlem d'una sèrie de preconceptes establerts en relació amb el subjecte de la bogeria, de pautes definides històricament i socialment que no tenen gaire a veure amb el subjecte sobre el qual recau l'estigma. Són més aviat una sèrie d'atributs que provenen d'aquesta manera preestablerta de veure la bogeria com un tot relatiu al desencaixament, com si la persona fos absolutament el subjecte d'aquest desencaixament. Aquesta mirada està caracteritzada per una consideració d'aquest altre com a perillós, imprevisible, responsable químicament del seu propi dolor. L'estigma és alhora un entramat de nomenaments previs al subjecte, un magma de significacions construïdes, una xarxa de preconceptes constituïda abans del vincle. És a dir, l'estigma arriba d'una estructuració pretèrita per materialitzar-se en l'instant mateix de la relació, no a partir d'allò que proposa la relació, sinó des d'allò que disposa la semàntica prèvia.

En el món dels problemes mentals, l'estigma és una mena de pell aliena, d'altra pell, construïda i creada socialment, és una membrana que justifica aquesta separació, marginació. I quan diem *marginació* no ens referim a la no participació dels subjectes de la bogeria en la vida quotidiana d'una societat, perquè en general, i en gran manera, les persones diagnosticades circulen i formen part del tot social com qualsevol altra: agafen l'autobús, van al mercat, demanen llibres prestats a les biblioteques, parlen per telèfon. No obstant això, la segregació neix d'un tipus de mirada, d'un tipus de buit, de la no-complicitat i incomprensió, de la bretxa de les xarxes socials, de la fragmentació de l'entorn

de la persona diagnosticada. De les maneres mitjançant les quals és percebut socialment d'una punta a l'altra de les seves interaccions amb la comunitat i en la comunitat. Pot ser un rebuig, una no-mirada, una mena d'apartheid, però és sobretot i fonamentalment una definició. Defineix i situa l'altre en aquest antilloc, en aquesta no-història. En aquest espai eteri de la deducció, del que ha estat dit pels altres sense que s'habiliti, gens ni mica, la legitimitat del subjecte per a *dir* o articular un discurs sobre si mateix. L'estigma el deté en aquest lloc marcat, regulat, definit, que no deixa escapatori per a ser una altra identitat que aquella que determina l'estigma.

Vegem un exemple de la manera en què actua l'estigma sobre els individus i com és interpretat, de vegades, aquest procés des dels sabers biomèdics.

L'anhedonisme

L'anhedonisme és definit generalment com la pèrdua d'interès, l'absència de plaer, davant les activitats de la vida, una mena d'anestèsia interna, una pàtina que separa el subjecte de les seves pròpies capacitats per a reconèixer o reaccionar emocionalment davant els estímuls externs. És una cosa així com un altiplà sensible, com si el subjecte hagués desconnectat certs mecanismes en els seus propis llaços amb si mateix i amb l'entorn. L'estat d'anhedonisme és descrit pels manuals diagnòstics (DSM-CIE) com a pertanyent a diferents diagnòstics psiquiàtrics, hi és plantejat generalment com a part de la simptomatologia patològica. És a dir que la biomedicina el conceptualitza com un comportament resultant d'un tipus alteració químicocerebral, d'un determinat esdeveniment que té lloc des de les fronteres del cos cap endins. Exclusivament i perquè sí, perquè la *dopamina* ho ha decidit així. És massa agosarat, però, plantejar-nos una cosa tan senzilla com suposar la possibilitat que el mateix anhedonisme sigui la conseqüència d'aquest despullament sistemàtic i històric del subjecte, d'aquest procés a partir del qual no solament li treuen les seves pròpies eines per a estar en el món, sinó que és desacreditat com a narrativa possible i li imposen tot un seguit de noves tecnologies dissenyades per uns altres, a partir de les quals haurà de continuar amb el seu procés biogràfic? Ell ja no és ell; no obstant això, en àmbits conscients i de vegades inconscients, persisteix la certesa de la realitat del despullament de què ha estat víctima. Sobreviu desdobleant-se on encara manté una capacitat reflexiva per a comprendre el que li passa, i al mateix temps es va perdent a si mateix dins del procés que resulta de l'estigma. I és aquest desdoblament el que produeix l'autotancament; l'afflicció sumada a la consciència de la mateixa aflicció. No fa falta tenir un diagnòstic psiquiàtric per a caure en l'anhedonisme si un passa una experiència de despullament com aquesta.

En resum, diem que l'estigma es manifesta no solament com una associació de les categories diagnòstiques psiquiàtriques amb una sèrie de preconceptes vinculats a idees de perillositat, imprevisibilitat, inutilitat social, etc., sinó que es pot pensar com el resultat d'una doble acció en la dimensió transversal i en la longitudinal del subjecte; és a dir, no solament és un malalt mental amb les connotacions socials que comporta el concepte, sinó que ho és també en totes les instàncies de la seva vida. No hi ha oxigen, no hi ha lloc per a deixar de ser això que els altres diuen que és, no hi ha lloc per a la reconstrucció, per a la recuperació d'un cert marge de maniobra des dels qual es pugui obrir a altres opcions de vida. En uns casos, això resulta fins i tot de les relacions amb els professionals que el tracten; en d'altres, de les relacions amb els seus familiars, amics i examics, parelles i exparelles. No li és permès tornar a ser. Ja no és aquell que ell es pensava que era, sinó un altre de redefinit i tancat en el diagnòstic. I dient això no intento negar la viabilitat o pertinència de les categories diagnòstiques en els tractaments dels problemes, de cap manera, sinó proposar una **reflexió entorn del que impliquen per a la persona aquest**

tipus d'etiquetes, amb les càrregues semàntiques esmentades de desautorització i error, a partir del moment en què deixen de pertànyer –com passa– a l'àmbit de la relació clínica entre el pacient i el professional, per a traslladar-se al tot identitari del subjecte, a la seva consideració dins del tot social. És a dir, no em refereixo a la inutilitat dels diagnòstics. I ho aclareixo perquè l'experiència ens diu que és en aquests termes en què de vegades es llegeixen aquest tipus de qüestionaments. Discutir l'ús social dels diagnòstics no implica discutir críticament els diagnòstics en si mateixos. Són, al meu entendre, categories, etiquetes, com a camins possibles de recuperació, com a itineraris que es poden agafar si es regulen i articulen de manera compartida, dialogada.

3. La desarticulació de la identitat

Hem dit que en els problemes mentals el subjecte perd la seva història, es des-historiaritza, va a parar a braços aliens per a ser contínuament definit i redefinit des d'òptiques i perspectives forasteres. Llavors passa que la seva identitat queda amarrada, ferma, en una categoria única i simple, en aquest ser en tant que malalt mental absolut. Des del moment en què ha estat diagnosticat, tota la seva estructura de vida, tota la biblioteca personal de referència, s'enfonsa, i no llibre a llibre com passava en aquell relat mític de Jorge Luis Borges, "La biblioteca de Babel", sinó de cop, d'una urpada; és com un terratrèmol que esquerda els fonaments. La persona passa a ser definitivament aquella que els altres diuen que és, és a dir, el boig o, en la versió més compadida, el malalt mental. En el text de Borges la biblioteca es descompon i es torna a compondre fins a l'infinit en una dialèctica interna i pròpia, però al subjecte de la bogeria el context ja no li permet cap mena de composició ni fluctuació. No l'habilita com a amo d'un relat. El deshabilita en totes les seves dimensions. Aquesta idea de *malalt absolut* que comentem la definíem en un assaig anterior i penso que cal tornar a aclarir-la en aquells termes per a fer-ne més senzilla la comprensió. Hem dit el següent:

"El trastorno y sus calificaciones impregnan el tejido de vida del sujeto que deviene así en una suerte de enfermo absoluto. Ya ni tan sólo está; sino que es enfermo. Y lo es en todas y cada una de las instancias sociales de su yo cotidiano. Es un fenómeno que repercute, a raíz de elementos como las significaciones socio-culturales de la problemática, en una suerte de descalificación del discurso subjetivo, un no ha lugar de sus narrativas que terminan por inhabilitar las posibilidades de su ser y estar activo socialmente. De hecho, la misma idea de pasividad que connota la categoría paciente, quizás desarticule en su semiótica la probabilidad de que la visión del afectado en torno a su experiencia forme parte de los textos posibles relativos al proceso de su recuperación. Por lo tanto, no sería extraño pensar que hasta cierto punto ese itinerario hacia el ser en tanto enfermo absoluto contribuya a la deslegitimación del sujeto como actor frente a su proceso. El lugar del no-saber que generalmente debe aceptar y que se enfrenta –de estar enfrente– al saber total desde el que suele articularse el universo de los sistemas expertos, es crucial en ese sentido."

(Correa-Urquiza, 2010)

Aquesta altra condició que ha d'assumir es pot pensar com a caracteritzada per una erosió o més aviat desarticulació total de la identitat del subjecte. En Nacho, un altre dels participants en el programa de ràdio, també diagnosticat, sol dir per antena que no sap per què encara li diuen esquizofrènic si exerceix de boig només un 10 per cent del seu temps. Es pregunta per què ha de continuar carretejant una etiqueta amb la qual no sent cap identificació. I és que el mateix Nacho té una vida normalitzada, en el sentit que ha construït una relació de parella estable, participa en diversos programes de ràdio, actua en una obra de teatre al costat de la seva companya, etc. És a dir, fa vida com els altres. No obstant això, socialment encara és considerat un esquizofrènic. Això fa que reflexionem sobre el fet que potser som nosaltres, els altres, els que el situem i ressituem permanentment en aquest lloc de la bogeria malgrat que

ja fa temps que no té comportaments relatius al que se sol anomenar *psicosi*. Això també ens hauria de fer replantejar el que definim com a cura, però això ja és un altre tema, en el qual ara no ens aturarem.

La definició clàssica d'*identitat*, fins i tot l'atorgada per l'Institut d'Estudis Catalans, parla de dues instàncies d'un mateix procés: d'una banda, la identitat és un conjunt de trets propis d'un individu que el defineixen o el caracteritzen en relació amb els altres; de l'altra, i al mateix temps, és la consciència del subjecte de ser ell mateix. És a dir, són els trets i la consciència sobre aquests trets els que es poden pensar com a constitutius. Hi ha una dimensió més física i simbòlica, per dir-ho d'alguna manera, i una altra que pertany més al món de les idees. I passa que, en les persones que han estat diagnosticades d'algun problema de salut mental, el procés de desarticulació de la identitat es produeix en tots dos fronts. Vegem-los detalladament.

D'una banda, com dèiem, són els altres els qui s'erigeixen en els apoderats per a definir i determinar tractament, estils de vida, aspectes, decisions, desitjos i expectatives en general. Els trets de la identitat del subjecte són imposats.

Foucault ho definia a *El poder psiquiàtric*:

“De tu sufrimiento y tu singularidad sabemos cosas suficientes (que ni sospechas) para reconocer que son una enfermedad; pero conocemos esa enfermedad lo bastante como para saber que no puedes ejercer sobre ella y con respecto a ella ningún derecho. Nuestra ciencia permite llamar enfermedad a tu locura, y por ello, nosotros, los médicos, estamos calificados para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: serás por lo tanto un enfermo mental.”

(Foucault, 2005)

I, malgrat Foucault, quan parlo dels “altres” no em refereixo solament als sabers experts, sinó també a l'entorn més íntim, que a partir d'una prescripció es veu amb l'autoritat de dir, plantejar, definir. De vegades, l'etiqueta diagnòstica és assumida de tal manera com a veritat per l'entorn immediat que és aquest mateix entorn el que es transforma i actua com una extensió dels sabers experts mateixos. Amb totes les conseqüències que comporta. D'aquesta manera, en aquell assaig dèiem que és notable la manera com se sol exercir sobre el subjecte d'aquesta bogeria “una **triple apropiació**”:

“1) Una apropiación de las categorías que lo definen, del nombramiento de su locura: Yo te nombro, te defino en tu malestar, te construyo en tanto cuerpo de una enfermedad que pauto y delimito.

2) Una apropiación de la legitimidad para reforzar o confirmar o contribuir a construir la imagen social sobre esa locura: Sólo los cuerdos y fundamentalmente aquellos que representan a los saberes expertos son autorizados para hablar y definir socialmente a esa locura.

3) Una apropiación de las estrategias de la cura posible, de las prácticas legítimas para una recuperación del bienestar: Yo diseño las estrategias y comportamientos a seguir y cualquier desviación de este proceso puede ser interpretado como signo de una agudización de la problemática¹.

Con todo, lo que termina por producirse no es sólo esa desarticulación de la identidad, sino a la vez, una cierta neutralización de la capacidad articuladora del sujeto para reestructurarla. Se produce como una anulación del criterio de identidad, de las concepciones subjetivas que hacen al desarrollo del individuo en tanto sujeto histórico, posible, legítimo. A pesar de sufrir en el cuerpo las consecuencias de esa apropiación, el loco no sabe cómo, no encuentra las herramientas, ni, en principio, tiene el poder suficiente para cambiar su situación. Socialmente no se lo considera portador de un discurso posible alrededor de su sufrimiento, y en muchos casos no se lo considera ni tan sólo dueño de algún tipo de coherencia enunciativa.”

(Correa-Urquiza, 2010)

⁽¹⁾Hi ha un element que amplifica la coerció dels sistemes *psi* sobre el tema de la bogeria: la ignorància sobre les seves causes biològiques o psicobiològiques. Bona part del caràcter quasi religiós que adopten les escoles *psi* és precisament per aquesta ignorància. Són maneres de conjurar un buit de coneixement que opten pel dogmatisme abans que per la no-acció o la revelació del no-saber. Això últim desvirtuaria el sistema, com a això, com a expert.

La consciència sobre si mateix, sobre la seva pròpia identitat, és alhora erosionada i remodelada pels mecanismes a què es troba exposat. El subjecte ingressa en un estat de confusió i sopor, perd totes les certeses, només li queda la consciència de ser en tant que l'error, la malaltia eterna, crònica, de la ment. Així, ocupa un lloc de subalternitat, un paper secundari en relació amb si mateix, el lloc de l'“oprimit” en termes de Paulo Freire (1970). Els individus, doncs:

“Sufren una dualidad que se instala en la «interioridad» de su ser. Descubren que, al no ser libres, no llegan a ser auténticamente. Quieren ser, mas temen ser. Son ellos y al mismo tiempo son el otro yo introyectado en ellos como conciencia opresora. Su lucha se da entre ser ellos mismos o ser duales. Entre expulsar o no al opresor desde «dentro» de sí. Entre desalienarse o mantenerse alienados. Entre seguir prescripciones o tener opciones. Entre ser espectadores o actores. Entre actuar o tener la ilusión de que actúan en la acción de los opresores. Entre decir la palabra o no tener voz, castrados en su poder de crear y recrear, en su poder de transformar el mundo.”

(Freire, 1970)

4. Diferents estigmes, un sol estigma

La fossilització en l'absolut forma part, com hem vist al principi, dels comportaments socials, però en l'àmbit de la salut mental aquesta fossilització es caracteritza pel fet de ser artífex d'una altra doble violència. El subjecte de la bogeria és situat en aquest lloc exclusiu d'allò que és patològic, no solament pel que resulta de les seves interaccions socials en l'àmbit públic, sinó alhora i sobretot arran de les seves interaccions en l'àmbit íntim. De vegades els amics, de vegades els familiars i de vegades fins i tot els sabers experts, el retornen a aquest lloc de l'àmbit patològic. L'estigma, llavors, es podria analitzar com si actués en una sèrie de dimensions que interactuen constantment. Formen part les unes de les altres. D'una banda, podríem plantejar que hi ha un estigma vinculat a aquesta mirada social, general, sobre el patiment mental que l'associa amb perillositat o inutilitat total, i d'un estigma que és el generat pels mateixos familiars i amics, per l'entorn íntim de la persona. D'altra banda, es podria parlar d'un estigma generat des dels mateixos dispositius d'atenció, des de les mateixes estructures de serveis sanitaris que reproduïxen de vegades les velles lògiques del sistema clàssic asilar. Finalment, hi ha un estigma autogestionat; és la condició de malalt total assumida per les mateixes persones afectades, la incorporació d'un estatus o rol de subalternitat. Vegem-ho detalladament.

1) **L'estigma social.** Per a la majoria de la població, bogeria i perillositat continua essent un "tàndem" rígid i cert, sustentat actualment per una construcció mediàtica de la bogeria associada a les idees de perillositat i al mateix temps pel que podríem definir com una creixent popularització de la semàntica biomèdica com a saber social. El que és definit des dels sabers experts és adoptat socialment com la realitat fàctica sobre la bogeria, com l'única veritat possible. Això ho podríem rastrejar en les relacions de credibilitat que avui dia hem establert amb la dimensió de l'àmbit científic. La ciència és dogma; fa dècades que des de la filosofia, l'antropologia, la sociologia, entre altres disciplines, s'anuncia o denuncia la creixent vinculació acrítica en la filiació entre ciència i societat. Hem naturalitzat el fet que allò que és determinat des de paràmetres de científics és, en tant que la veritat dels fenòmens, l'única veritat possible arran de les qualitats que té de demostrable per mitjà d'una metodologia específica. Com veurem més endavant, ja fa anys que l'antropologia, per exemple, analitza i planteja la biomedicina, en el nostre cas, com una narrativa, com una perspectiva possible, una manera d'aproximació als fenòmens. No l'única i ni tan sols en tots els casos la més efectiva. No obstant això, més enllà de la més o menys eficàcia en el camp de la salut mental –que no és un tema gens menor–, el problema està en la incorporació d'aquesta narrativa, d'aquesta perspectiva, com a exclusiva. Això no solament deixa fora tot un seguit d'aproximacions

que van més enllà de les pràctiques de l'àmbit científic, sinó que sobretot i fonamentalment deixa fora la versió subjectiva dels fets. El que els afectats mateixos tenen a dir sobre el que passa en els seus cossos i les seves vides.

Si, com hem vist en el mòdul "Història de la bogeria", en un moment va ser la religió la que determinava les veritats, avui és la ciència. I en el nostre cas, aquest lloc l'ocupa el saber psiquiàtric en tant que és el de més aproximació a allò que és real. José Luis Peset, filòsof de la ciència, en un assaig del 1983 ens dóna només algunes de les infinites pistes que ens permetrien reflexionar sobre la fal·làcia de la imparcialitat de la ciència (Peset, 1983). La medicina és un relat, com d'altres, amb encerts i desencerts, amb efectivitats orgàniques i, de vegades, iatrogènesi social, però marca una manera possible i generalment necessària d'aproximar-nos al fenomen del patiment mental. No hauria de disposar d'estatus central, però. No hi ha, o almenys no hi hauria d'haver, centralitats, i encara menys en aquest àmbit; l'aproximació més profunda és la que resulta de la interacció simètrica i desjerarquitzada de totes les disciplines, inclosos els sabers propis del patiment.

El problema sorgeix, d'una banda, del fet de pensar les classificacions biomèdiques com la realitat. Les classificacions són sempre categories imposades sobre la realitat però no la realitat en si mateixa; són categoritzacions i com a tals són subjectes a determinants històrics, temporals, culturals en general. D'altra banda, el problema sorgeix d'aquesta incorporació social del saber i les categoritzacions mèdiques com el saber total, vertader. I passa que, si històricament per al catolicisme la bogeria era el sacrilegi, l'heretgia, i avui per a la psiquiatria és l'error, la malaltia de la ment, la possibilitat de la violència si s'abandona la medicació i tot un seguit de preceptes assumits com a realitat absoluta, no és tan estrany comprendre les raons per les quals socialment ens costa tant vincular-nos-hi. Així, no és tan difícil comprendre les raons que porten a l'estigma.

2) Passa una cosa semblant amb l'**univers dels familiars**. Ells solen ser el principal suport per a l'afectat, són la base d'aquesta xarxa primària en què es poden produir les instàncies més grans de protecció i els conflictes més dimensionats; o totes dues situacions alhora. De vegades, aquí el problema de l'estigma no és necessàriament el resultat d'una mala intenció, sinó que és la conseqüència també de la naturalització de cert tipus d'aproximació pensada com l'única possible. Posem-hi un exemple.

En Pau és un altre dels membres de l'emissora i una persona diagnosticada d'esquizofrènia. La seva mare solia trucar a la ràdio per parlar de la malaltia del seu fill, per disculpar-se del que puguis dir o fer el seu fill. Per a ella, en Pau és i serà un malalt. No hi ha manera que ell es mogui d'aquest lloc. No cal dir que l'afecte de la mare per al seu fill és indiscutible, que la voluntat de cuidar-lo, de donar-li suport, forma part de la seva quotidianitat. No és això el que està en qüestió, sinó les maneres amb què es materialitza aquest afecte. No cal dir tampoc que en Pau és un dels intel·lectuals i escriptors més prolífics vinculat de diverses maneres a l'experiència de Radio Nikosia. La seva identitat patològica, però, és recordada i reafirmada constantment des de l'àmbit familiar. Sobre aquest tema, no es pot pensar que potser aquesta manera és una de les maneres que tenen els familiars d'exculpar-se davant el procés, de no responsabilitzar-se del problema més enllà de la cura posterior al brot –que no és poca cosa–? No vull dir que aquesta manera

s'erigeixi en una dinàmica feta expressament, sinó que és una actitud que es reforça en la sobreprotecció instal·lada com a unidireccional i ideal camí d'acompanyament i ajuda. Són els pares –no sempre, no tots– els que decideixen què és el que és bo per al seu fill major d'edat, són ells els que defineixen el tipus de tractament, el tipus d'activitats, el tipus de quotidianitat en general: perquè el fill és el malalt. L'estigma resideix aquí, es veu aparèixer aquí, en l'acte mateix de no-consideració sobre l'altre. De no pensar que potser els seus desitjos, les seves expectatives, siguin unes altres, que siguin unes que potser fins i tot ja desconeix després de tants anys coexistent amb les ordres clíniques o paternes que decideixen per ell.

Uns quants autors, com el mateix Gregory Bateson (1998), que van intentar elaborar una aproximació més holística a la comprensió del sorgiment d'un problema mental, van ser durament criticats i desautoritzats per associacions de familiars que no veien en l'intent altra cosa que una manera de culpabilitzar-los del trastorn dels seus fills. No es tracta d'això, sinó més aviat d'intentar comprendre el problema com un fenomen arrelat en multiplicitat de factors, entre els quals, el familiar es pot considerar un desencadenant o productor, un possible territori de conflicte. O no. És a dir, no es tracta ara de responsabilitzar ningú, sinó de la possibilitat de reflexionar col·lectivament fins a quin punt reproduïm i construïm l'estigma fins i tot en instàncies i des d'articulacions sobre els mecanismes de les quals no som conscients. I al mateix temps, sobre la necessitat de pensar el patiment mental com el resultat, no solament d'un desequilibri orgànic específic, sinó alhora com la conseqüència d'una sèrie d'interaccions socials. La bogeria és en una societat, diria Foucault, és en relació amb un tot social que així la defineix i així la produeix.

3) De vegades passa que des dels mateixos dispositius assistencials articulats després de la reforma psiquiàtrica es continuen establint lògiques vinculades al model asilar. El subjecte continua essent aquest altre desautoritzat per a parlar de si mateix, i és definit únicament en tant que consumidor d'un servei, com un receptor passiu d'un tipus d'assistència basada en protocols i articulada pràcticament amb la inexistència d'una participació activa de l'afectat. Cal reflexionar sobre aquest fet, sobre el que de vegades acaba passant malgrat que les intencions siguin bones i que hi hagi plantejaments realment globals definits des dels models epistemològics o des de les grans planificacions fetes a escala macro pels organismes internacionals. Em refereixo a aquestes instàncies en què el subjecte és aquell sobre el qual els professionals dipositem generalment el nostre coneixement previ, el nostre aprenentatge caracteritzat per idees compartimentades en què no queda gaire espai per a la veu del que és subjectiu del patiment i per a la construcció compartida de la terapèutica.

És clar que això no s'hauria de pensar com un qüestionament en si mateix a l'existència d'aquests dispositius, sinó que hauria de fer replantejar els mecanismes amb els quals s'estableixen les relacions i l'elaboració dels processos de millora, a l'interior d'aquells.

Com pot ser que en certs casos, des d'aquests territoris assistencials, continuem demandant un apoderament –concepte que ja és buit de significació, al meu entendre, pels mals usos que se'n fa–, és a dir, certa recuperació del control

Reflexió

Qui és aquell altre?, quina legitimitat donem al seu discurs en tant que malalt de la ment? Són preguntes que ens hauríem de fer de manera permanent des de l'àmbit professional.

sobre les seves biografies i itineraris terapèutics, i al mateix temps ens afanyem a deixar-los ben clar i de manera determinant la seva condició de malalts de la ment orientats a la submissió.

Es pot pensar fins i tot que és en aquesta concepció somàtica, ancorada en la sinècdocque organicista, que s'ha basat tot l'abordatge medicamentós. És allà on hi ha la resposta –més enllà, és clar, de les pressions i la intensa feina de màrqueting industrial que fan les companyies farmacèutiques– al fet que els neuroleptics, en lloc d'erigir-se en eixos articuladors, punts de partida, estabilitzants per a l'inici possible d'una terapèutica, s'hagin transformat en una articulació en si mateixos. Els neuroleptics són el tractament. Els subjectes són situats permanentment en aquest lloc de malalts totals, de patologia absoluta, i per tant no importen, no hi ha lloc per al seu coneixement entorn d'una terapèutica possible, només n'hi ha per a la medicació com a mesura de reducció de símptomes. I no és que des d'aquests dispositius no es plantegi una aproximació centrada en el subjecte i les seves opcions; no intento dir això, sinó fer referència al fet que hi sol haver un desfasament considerable entre el que es proposa i defineix des d'un punt de vista teòric i el que finalment acaba passant en el camp de les pràctiques quotidianes de les institucions. Sabem, i se sap, que **no hi pot haver recuperació sense una participació activa i conscient dels afectats dels seus processos**. No hi pot haver cap millora sense que accedeixin a la possibilitat de fer-se amos del seu camí de recuperació. El que es proposa, en canvi, en les pràctiques institucionals –no sempre, no en tots els casos– és una submissió a les lògiques biomèdiques. Per als afectats, el tracte rebut de vegades des dels dispositius de la xarxa assistencial està marcat per un grau important d'assistencialisme i paternalisme, de guiar des d'una concepció quasi infantil del subjecte de la bogeria. Això no vol dir que hi hagi persones per a les quals faci falta una aproximació més elemental, més senzilla i que d'alguna manera es podria interpretar com a infantilitzant; no obstant això, el problema està en la protocol·lització excessiva dels abordatges. Com si totes les persones que acudeixen als centres de la xarxa d'assistència sanitària fossin en un lloc semblant en relació amb les seves capacitats per a fer front a la quotidianitat.

4) Reitero que no es tracta ara de definir víctimes i victimaris; aquesta qüestió no és una qüestió de culpabilitats i responsabilitats, sinó un **intent d'analitzar factors** en joc en les lògiques productores del patiment mental. Així, també sabem que l'estigma no és una cosa que només generen els altres envers el subjecte de la bogeria o amb el subjecte de la bogeria, sinó també el que ell mateix produeix per si mateix i sobre si mateix.

L'**autoestigma** és aquest procés mitjançant el qual l'individu incorpora com a pròpies les categories externes apreses sobre el seu propi estat o procés. Les assumeix i fins i tot les reproduïx com a pròpies.

Antonio Gramsci solia plantejar que la dominació més gran no és la que exerceix un grup sobre un altre a partir de mecanismes coercitius, sinó la que es produeix a partir del moment en què els elements de la cultura dominant són assumits pels dominats mateixos en termes de sentit comú. És a dir, quan el subjecte de la bogeria, en el nostre cas, assumeix la semàntica biomèdica com l'explicació natural sobre si mateix, com la correcta, i la posa en pràctica per explicar les seves circumstàncies particulars. Dit d'una altra manera, l'autoestigma no és solament la reproducció d'aquestes categories apreses, sinó que funciona a nivells més profunds i es manifesta com la incorporació d'aquestes categories com la manera d'anomenar correctament el seu propi patiment.

Davant la fossilització de la identitat hi sol haver dos camins possibles, més les infinites combinacions entre les identitats i més enllà d'aquestes identitats: assumir o resistir. Així, passa que en el primer cas la persona assumeix el diagnòstic atorgat com a part central de la seva identitat, transmuta el seu *ser* i *estar* en el món a una idea d'allò que és patològic, explica les seves accions i reaccions en aquests termes i comença a manejar una mena de retòrica clínica apresada que li permet justificar-se, disculpar-se, davant els altres i davant ell mateix.

En Víctor, un altre dels participants de l'emissora, també diagnosticat, solia justificar la seva desconfiança sistemàtica als companys de l'experiència en el fet que ell "era un esquizofrènic paranoic". D'alguna manera utilitzava la categoria assumida per a excusar-se, per a argumentar les seves accions davant els altres.

Això està relacionat alhora amb el que Goffman (1998) ha definit com a ***ajustos primaris***, és a dir, aquell coneixement posat en pràctica i acció pels afectats vinculat al que els sabers experts defineixen sobre ells, allò que es vincula a recórrer a les premisses semàntiques i terapèutiques determinades pel model biomèdic, pel seu psiquiatre, etc., i a acceptar-les. L'autoestigma, però, no és solament la incorporació d'aquest coneixement biomèdic, sinó alhora el desenvolupament d'una concepció sobre si mateix en tant que malalt de la ment, com un error en si mateix, com un "discapacitat". Si pensem que a partir del diagnòstic el subjecte s'inicia en aquest itinerari a partir del qual es va despullant de les seves conviccions, de les estructures que dissenyen la seva concepció particular sobre el món, no és estrany veure com a possible una autoadjudicació d'aquesta mateixa desautorització. Moltes vegades veiem en els subjectes de la bogeria una retòrica justificant d'ells mateixos a partir de la idea del "no puc, no ho entenc, no ho sé fer, no sé què és el que vull", que està vinculada directament a aquesta incorporació de la no-utilitat social. Sumada, és clar, a alguns dels efectes secundaris dels mateixos psicofàrmacs, que produeixen, entre altres coses, son, pesadesa, sopor.

Malgrat l'existència de l'autoestigma, hi ha persones que en lloc d'assumir resisteixen i intenten construir un camí propi. En això hi participa un altre saber, del qual parlarem amb detall més endavant, però que està relacionat amb el que Goffman, en el mateix escrit, va plantejar com a ajustos secundaris –

que més endavant reprenem-, és a dir, tot allò que el subjecte duu a terme a partir d'una interpretació pròpia, d'un fer, de vegades per oposició, de vegades derivat de les proposicions dels sabers experts, però propi. De vegades aquest altre saber s'articula com a oposició, com a negació del diagnòstic, negació de la terapèutica, però no gaires vegades com a negació d'un patiment. És a dir, el que hi ha en joc no és el dolor en si mateix, o la possible confusió o desencaixament, sinó la categorització externa, el nomenament. Hi ha una resistència a ser conceptualitzat clínicament però poques vegades n'hi ha a l'evidència del dolor i a la idea de rebre un tipus d'ajuda; excepte, és clar, durant el procés del brot psicòtic. Així, si pensem en el fet que, socialment i individualment, assumir una etiqueta vinculada a un problema de salut mental implica alhora acceptar una certa negació de les pròpies percepcions, implica un qüestionament, un enfonsament de la subjectivitat; si pensem que socialment una categoria d'aquest tipus porta en si mateixa tota l'opressió de l'estigma i càrrega amb una sèrie de semantitzacions vinculades a agressivitat, perillositat, error, equivocació, deliri permanent, brot constant, puzles trencats, etc., no és possible suposar, doncs, que aquesta negació és part d'una reacció de lucidesa? De supervivència, en un aspecte, saludable? No és potser una resistència a ser encasellat allà on el subjecte mateix sap que és la pitjor de les caselles socials possibles? No obstant això, sol passar que aquesta negació a acceptar el diagnòstic és interpretada pels sabers experts com el que comunament es coneix com a *negació de la malaltia*, fenomen que està definit psiquiàtricament, per exemple, com a part mateixa de la simptomatologia. No és pertinent, però, suposar almenys que una resistència d'aquest tipus no és sinó una resistència a la de desestructuració de la identitat? A la pèrdua definitiva de la raó?

D'alguna manera assumir la identitat del malalt és cedir a la semàntica dels altres, deixar-se caure, perdre's potser definitivament en el que els altres tenen a dir sobre un mateix. És a dir, podem suposar que és aproximadament cert que, durant el procés del brot psicòtic, el subjecte no està en condicions idònies per a definir o plantejar com hauria de ser el seu recorregut terapèutic; però, després de l'episodi, sí que hi està. El que passa és que el tractament que se li dóna generalment, en el sentit del tipus de relació que s'hi estableix, continua capturat en la conceptualització anterior. Com si la persona continués en un estat permanent de desconexió amb la realitat immediata.

No hem de passar per alt que hi ha formes de dominació subtils però efectives que actuen per mitjà del discurs dels experts, maneres d'imposar determinades lògiques terapèutiques, determinats nomenaments a partir d'una naturalització d'aquestes en tant que veritats absolutes provinents de la biomedicina que es manifesten com una dominació que no contribueix, sinó tot el contrari, en els processos de recerca d'un millor estar.

Joan García ens ajuda en aquest sentit, quan en aquell article de *Bostezo* afirma el següent:

“La conciencia de sufrir una enfermedad crónica e incurable, lejos de contribuir a una vida mejor, hace sentirse al individuo desdichado e infeliz, inferior, sin futuro, destinado a padecer de por vida el estigma y las variadas formas de sanción social que como pena tiene merecido. Queda condenado a la pobreza, la incomprensión, desamor, locura, suicidio, desolación. Sólo queda la sumisión al sistema terapéutico, que lo ha marcado como esquizofrénico, término que refiere más a una categoría de persona que a una categoría de enfermedad. ¿Quién estigmatiza? Obligado a aceptar el rango inferior, a seguir fielmente el tratamiento hasta aceptar, con desesperanza e impotencia, como propio un estado cronificado ante la vida. Socialmente débil, generador de ira y miedo, incluso de uno mismo; un estado de indefensión que le inmoviliza emocional, mental y físicamente. Surge entonces la automarginación, que añadida a los prejuicios sociales que todos conocemos, desemboca en pobreza, madre de todos los males, que le hace aún más dependiente de los servicios sociales, hasta diluirse como individuo. Éste es el círculo vicioso de la enfermedad.”

(García, 2010)

Val la pena aclarir aquí que hi ha vegades en què el diagnòstic de salut mental l'individu el rep com un alleujament, com una explicació al seu dolor. Una explicació provinent d'una disciplina a la qual respecta i que és interpretada en termes de tranquil·litat, d'un “per fi vaig saber el que em passava”, segons afirmava Almudena, participant de Radio Nikosia, durant un programa. És a dir, el diagnòstic pot funcionar en certes circumstàncies com a generador d'un tipus de benestar en el sentit que ajuda a construir sentit entorn del que passa en el cos com a desencaixament. I dient això, el que voldria tornar a aclarir és que el problema no resideix en la categorització diagnòstica en si mateixa, sinó en la impossibilitat del subjecte per a decidir que n'ha de fer, d'aquesta categorització. El que d'alguna manera contribueix a l'estigma és la negació de tota subjectivitat aplicada per part de la persona.

5. Mitjans de comunicació i estigma

Al començament el model que regia el funcionament dels mitjans de comunicació es va pensar amb la perspectiva de servei públic. Era una eina per a la comunitat, per a ampliar les possibilitats d'interconnexió social i d'accés a la informació. McLuhan (1996) deia que es tractava de tecnologies que ens permetien ser on no podíem ser per impossibilitats físiques evidents, eren una mena d'extensió tecnològica dels sentits. Amb els anys, però, sobretot a partir del final de la Segona Guerra Mundial, els mitjans van començar a ser vistos en el seu potencial d'influència sobre les masses. Així, es va anar descobrint un valor de característiques fonamentalment econòmiques, i el patró de funcionament va passar a ser la lògica de l'empresa. Avui els mitjans s'erigeixen en corporacions subjectes a interessos privats i que responen a necessitats més particulars que socials. En tot aquest procés, la notícia com a tal, va deixar de ser un servei per a transformar-se en mercaderia. Ja fa temps que els teòrics de la comunicació analitzen aquest fenomen, i la veritat és que actualment la notícia no es construeix d'una manera diferent de la d'uns texans, una camisa o una maionesa: un producte per a ser venut i consumit per la població. Les maneres de produir, dissenyar i fins i tot presentar la informació estan determinades per aquesta lògica de mercat. I no és intenció nostra fer aquí un judici de valor en relació amb aquest fet, sinó analitzar breument el context en què s'inscriu la **responsabilitat dels mitjans de comunicació en la reafirmació i reconstrucció de l'estigma**. Partim de la base que els mitjans, com diria més endavant Umberto Eco a *Apocalípticos e integrados* (1984), no són ni bons ni dolents, i encara menys en relació amb la salut mental, sinó que, de vegades, en la seva manera de construir i presentar les notícies contribueixen a l'estigma sense que sigui la seva intenció primera.

Exemple de relació d'esdeveniments violents amb l'existència d'una patologia mental

L'abril del 2008 la majoria dels diaris espanyols van publicar en portada la notícia de l'assassinat d'una dona a les mans del seu fill. Els titulars relacionaven directament l'esdeveniment amb la condició d'esquizofrènic o malalt psiquiàtric de l'individu, fins i tot amb el fet que havia deixat de prendre la medicació. La majoria de les justificacions que es van utilitzar a l'hora d'intentar explicar l'episodi es van centrar en la dimensió patològica, en la seva qualitat de pacient. El que produeix això en el lector, en un àmbit molt general, és la confirmació que tot aquell que abandona el tractament medicamentós es pot transformar potencialment en un subjecte perillós. I alhora que l'arrel i la raó del conflicte resideix exclusivament en el problema; la resta no és possible, no existeix, no hi ha història darrere dels fets. Al mateix temps, els mitjans de comunicació treballen en aquests casos sostenint la notícia, sobre la base dels esdeveniments i de l'opinió d'un expert en la matèria. Com era d'esperar l'expert va ser en aquest cas, i ho és en la majoria de casos, un professional del món de la psiquiatria el punt de vista del qual contribueix a aquest procés de deshistoriarització i de culpabilització del trastorn com a única explicació del que ha passat. "No es pot titular *Persona amb problemes de salut mental fa tal acte*, en lloc de titular *Esquizofrènic fa tal acte*", afirmava la directora del suplement de salut del diari *El País*, durant una conferència sobre mitjans i salut mental amb qui vaig compartir escenari a Granada el 2006. I continuava: "A més, quin problema hi ha d'anomenar les coses pel nom que tenen?".

Aquesta influència dels mitjans en la promoció de l'estigma és àmpliament coneguda per federacions d'associacions de familiars a escala estatal i per diferents col·lectius i associacions d'usuaris i professionals; arran d'això s'han anat produint una sèrie de propostes en forma de quaderns destinats als periodistes amb l'objectiu de modificar les maneres que tenen de presentar aquest tipus de notícies. Les emissores fetes per persones amb problemes de salut mental que han anat naixent i participant en diferents freqüències al llarg del país hi contribueixen en aquest sentit, no solament proposant un canvi en les maneres de presentar la informació, sinó intervenint servint-se dels mitjans de comunicació amb un altre tipus d'informació, més pròxima, més humana, més relativa a les vivències dels afectats com a persones, com a subjectes històrics que formen part de la mateixa societat. Més endavant parlarem sobre aquest tema.

6. Que és la normalitat?

Hem assenyalat que la deshistoriarització és un procés lligat al mateix estigma i determinat pel mateix estigma, però que forma part d'altres mecanismes. És a dir, una vegada definit el lloc social del subjecte de la bogeria, aquesta instància de malaltia crònica i antilloc, es fan visibles certes estratègies i articulacions que permeten que els individus no abandonin mai aquest lloc que els ha estat assignat. No parlem aquí d'estratègies premeditades –sí que ho fem potser si ens referim, per exemple, a la relació que es podria establir, en certs casos, entre la necessitat de la cronificació dels pacients psiquiàtrics i els beneficis de la indústria farmacèutica, però això ja és un altre tema–, sinó de mecanismes inconscients que produïm vinculats al que hem esmentat al començament del mòdul, és a dir, a la necessitat d'una circulació social tan estable com es pugui, a aquesta mena de requeriment per a fer del nostre entorn un entorn més previsible. I tots aquests mecanismes s'estableixen en la noció de *normalitat*, és a dir, en allò que socialment definim com a normalitat a cada moment, context i circumstància. Aturem-nos un moment aquí.

Per a la majoria de la gent, la normalitat està relacionada amb el sentit comú, amb el que ens és donat i establert. Amb el que s'ha incorporat socialment com a probable i previsible al llarg de les seves biografies. La normalitat, però, no és única ni inamovible sinó circumstancial i movedissa, és relativa a un espai i temps específics i és transformació. La seva única invariabilitat està lligada al fet mateix de la seva variabilitat. De fet, és impossible pensar-la com un continuu estàtic. Fins aquí, no hi ha conflictes. Diguem que les dificultats apareixen quan aquest desconeixement sobre la relativitat de la idea de normalitat ens fa associar-la amb el que és “correcte”, amb el que ens pertany com a “veritat” en tant que patrimoni social, i a partir d'això despleguem diferents estratègies de segregació i rebuig envers els que no combreguen amb aquestes mateixes nocions instituïdes. I passa que la normalitat no té res a veure amb el que és “correcte”, i encara menys amb el que és “correcte” en termes generals. El patiment social derivat de la bogeria té les arrels en aquesta noció tancada del concepte. Aclarim-ho, però: no afirmem que tot el dolor estigui relacionat amb això; és evident que hi ha una dimensió vinculada a factors químics, psíquics, etc. Seria un error per la nostra part intentar reduir tots els problemes mentals a una qüestió exclusivament social. Cauríem en la mateixa xarxa que intentem desembullar. En una fal·làcia també reductora de la realitat.

El sociòleg Émile Durkheim va ser potser el primer a analitzar la idea de *normalitat* en relació amb el que socialment es considera patològic. En el tercer capítol de la seva obra *Las reglas del método sociológico* ho planteja d'aquesta manera:

“Estamos, por tanto, en presencia de dos variedades distintas de fenómenos, que deben ser designadas con palabras diferentes. Llamaremos normales a los hechos que presenten las formas más generales y daremos a los otros el nombre de mórbidos o de patológicos. Si se conviene en nombrar tipo medio, al ser esquemático que se constituiría uniendo en un mismo todo, en una especie de individualidad abstracta, los caracteres más frecuentes en la especie con sus formas más frecuentes, se podrá decir que el tipo normal se confunde con el tipo medio y que toda desviación con relación a esta marca de la salud es un fenómeno mórbido.”

(Durkheim, 1986)

És a dir, que és una qüestió de **consensos assumits**. Resulta, però, que la normalitat i la patologia, en el nostre cas, són categories interconnectades, depenen l'una de l'altra. La normalitat no existeix sense la patologia i viceversa, senzillament perquè no es pot anomenar la normalitat si no hi ha un mínim d'acords a partir dels quals es pugui delimitar o definir l'anormalitat. En termes de Durkheim:

“Se ve que un hecho no puede calificarse de patológico más que con relación a una especie dada. Las condiciones de la salud y la enfermedad no son definibles en abstracto y de una manera absoluta. La regla no es controvertida en biología; jamás se le ha ocurrido a nadie que lo que es normal para un molusco lo sea también para un vertebrado. Cada especie tiene su salud peculiar, porque posee su tipo medio que le es propio, y la salud de las especies más bajas no es menor que la de las más elevadas. El mismo principio se aplica a la sociología, aunque sea muchas veces olvidado. Es preciso renunciar a la costumbre, todavía muy extendida, de juzgar una institución, una práctica, una máxima moral, como si fuesen buenas o malas en sí mismas y por sí mismas para todos los tipos sociales indistintamente.”

(Durkheim, 1986)

Georges Canguilhem (1971) defineix la normalitat i la patologia com a elaboracions socials, com a constructes de propietats definides per un grup social en un determinat moment i context. Canguilhem fa un profund treball de desnaturalització d'aquest tipus de conceptes en l'àmbit de la medicina, a fi de distingir dins de les ciències entre allò que forma part de la dada empírica i allò que correspon al camp del judici moral. La normalitat i la patologia només es poden observar en termes relacionals, no absoluts.

La normalitat “no es un promedio correlativo de un concepto social, no es un juicio de realidad, sino un juicio de valor, una noción límite que define el máximo de capacidad física o psíquica de un ser.”

(Canguilhem, 1971)

I continua:

“No podemos decir que el concepto «patológico» sea el contrario lógico del concepto de «normal», porque la vida en el estado patológico no es la ausencia de normas sino la presencia de otras normas. Con el máximo rigor; «patológico» es lo contrario vital de sano y no lo contradictorio lógico de «normal».”

(Canguilhem, 1976, p. 197)

Segons aquest autor, les anomalies, que serien en certa manera el cos de l'expressió, el símptoma de la suposada anormalitat, no són mai en si mateixes patològiques, sinó que s'erigeixen en variants que expressen altres normes de vida i que són transformades en patologia a partir d'una vinculació amb

unes normes interpretades com a saludables. D'aquesta manera, el problema no està en el fet mateix de l'enunciació o definició sobre què és normal i què és patològic, sinó en la utilització política i social que es fa d'aquesta distinció. De l'ús que se'n fa com a element de discriminació, fins i tot quan, actuant des de dins del mateix model des del qual es produeixen les definicions, no ens adonem que exercim una pressió o una acció de caràcter ideològic i moral.

En salut mental el que determina la distinció es refereix a certes apreciacions adoptades com la lògica variant dels comportaments. El que no és comprès en termes de la normalitat apresada –i aprehesa– per la biomedicina és definit i regulat com a patològic. I això no té relació amb el mètode científic en si mateix, sinó amb els punts de partida ideològics a partir dels quals es construeix el coneixement. Per això, també, hem parlat abans de les formes mitjançant les quals, històricament, el saber mèdic va reemplaçar el saber religiós a l'hora de definir què és el que correspon acceptar com a possible en una societat i què és el que no.

La Cristina, una altra de les participants de la ràdio, denunciava durant un programa que un dels seus ingressos psiquiàtrics havia tingut lloc perquè havia decidit passar un temps abraçant els arbres i parlant-hi. Deia: "El que és normal, és besar els peus a Crist a l'altar? Parlar a la creu que penja al mig de l'església i esperar-ne un miracle? I no és normal parlar als arbres? Jo feia això abans del meu ingrés; aconseguir la calma d'ells que en tenen tanta. Qui diu què és normal i què ho no és? Qui ho dictamina?". Més endavant la Cristina escrivia un poema publicat en el seu blog que verbalitzava aquest pensament:

"Hablábamos a los árboles, hicimos el amor a los árboles, besábamos a los árboles. Una ambulancia vino a buscarnos, nos ataron. Ellos siguieron hablando a sus dioses, de rodillas en las iglesias, masturbándose ante una tele. Nosotros seguimos atados y pinchados con Haloperidol mientras leían y creían sus cartas astrales por internet... Pero sí, los locos, los paranoicos éramos nosotros. Porque hablábamos a los árboles y porque les hacíamos el amor. Ellos eran los cuerdos."

(Cristina Martín, Radio Nikosia)

Torno a aclarir que aquesta mena de reflexions no intenten suggerir que ens hem de desentendre del patiment associat a l'anomenada *bogeria*, però sí que ens alerten que el fenomen és molt més complex que la manera que estem acostumats a tractar-lo. "Tant de bo es tractés d'un patiment eliminable amb una pastilla", deia en Joan, durant una emissió de Radio Nikosia. I continuava: "Tant de bo es reduís a això i poguéssim viure tranquils. Però sabem que no és així, que la bogeria té relació amb la vida mateixa i amb les experiències de viure en societat". Des d'una perspectiva semblant, Marta Allué, antropòloga, referint-se als socialment anomenats *discapacitats*, ens recorda que la distància real entre vàlids i invàlids no és tal, i que cal "profunditzar en las relaciones entre ese colectivo mayoritario y el minoritario para mostrar cómo la discapacidad se configura más bien como el resultado de esa relación que como el efecto de una tragedia personal" (Allué, 2003).

7. De rols, estatus i altres llocs simbòlics

Tot individu passa al llarg de la seva vida per un procés de constant socialització i endoculturització. Va incorporant paràmetres, referències i perspectives relatius a la seva societat i a la seva cultura, a partir dels quals i mitjançant els quals va conformant les seves maneres de ser i estar en el món. Va estructurant la seva identitat, una identitat que, com sabem, no és mòbil ni estanca, sinó que es troba en permanent mutació i transformació en la seva relació amb l'entorn en què es desenvolupa. Tot procés de socialització és la suma dels influxos naturals i culturals amb els quals l'individu va desenvolupant diferents instàncies de connexió. És un camí d'aprenentatge i interiorització del que l'envolta: codis, conductes, símbols, sensacions, etc. Això és el que ens constitueix, el que en certa manera ens fa forts per a enfrontar-nos al món social. Tots necessitem i al mateix temps som posseïdors d'un lloc, unes categories que ens defineixen i posicionen en l'entramat comunitari. Es pot ser estudiant, professor, enginyer, venedor en una duana, lampista, germà, pare, etc., i dins d'aquestes categories exercir com a tal; és a dir, presentar-se com a tal, constituir-se des d'allà per a formar part del tot. Ho necessitem com una mena de refugi simbòlic que ens permeti desmarcar-nos, distingir-nos, *ser* per oposició, definir-nos, dissenyar el nostre perfil en el mapa difús de les identitats col·lectives. Per aquesta raó, tota societat és, entre altres coses, una suma de subjectes que han adoptat –o als quals ha estat assignat– un lloc, un paper que han d'exercir. Des de les ciències socials, el lloc que ocupem s'ha definit tradicionalment com a *estatus*, i les accions que fan que exercim aquest estatus s'han anomenat *rol*.

Ralph Linton va ser un dels primers antropòlegs a definir les nocions d'*estatus* i *rol* en les ciències socials. Es pot dir que li devem les derivacions posteriors que s'han fet sobre aquests dos conceptes. Els distingia de la manera següent:

“Un rol representa el aspecto dinámico de un status. El individuo está socialmente asignado a un status y lo ocupa con relación a otros status. Cuando efectúa los derechos y deberes que constituyen el status, está desempeñando un rol. El rol y el status son bastante inseparables, y la distinción que hay entre ellos es sólo de interés académico. No hay roles sin status o status sin roles. Así como en el caso del status, el término rol se usa con un doble significado. Cada individuo tiene una serie de roles que derivan de los modelos variados en que participa y al mismo tiempo de un rol, general, que representa la suma total de estos roles y determina lo que hace por su sociedad y qué es lo que espera de ella.”

(Linton, 2006)

Així, podem dir que el **rol és el moviment**, és aquesta sèrie d'accions que un duu a terme i que estan connectades a un estatus. Un **estatus és una posició determinada dins del model de reciprocitat que estableix tota societat**, i un rol, les accions que fan aquest estatus. Tots dos són en relació amb l'altre, no existeixen sense l'altre i només es poden dissociar per la necessitat d'analitzar-los des d'un punt de vista teòric. En l'àmbit de les pràctiques són inseparables.

En aquest sentit ser mare, pare, germà, veí són considerats estatus, i el que fa cada individu en relació amb aquests estatus constitueix el que anomenem *rols*. Pensem l'estatus com a estructural, i el rol com a dinàmic. Linton fa una altra distinció en relació amb l'estatus:

“Las sociedades se han encontrado con un dilema al desarrollar dos tipos de status, el atribuido y el logrado. Los status atribuidos son aquellos que se les asignan a los individuos, sin referirse a sus diferencias o habilidades innatas... Los status logrados son como mínimo, aquellos que requieren habilidades especiales, aunque no estén necesariamente limitados a estos.”

(Linton, 2006)

L'estatus atribuït en els subjectes de la bogeria és generalment com el de qualsevol altra persona; poden ser germans, veïns, fills, i exercir-hi una sèrie de rols més o menys condicionats pel seu lloc de malalt. No obstant això, l'àmbit de l'estatus assolit i dels rols implicats, que generalment es relaciona amb les opcions i les possibilitats que tenen els individus d'exercir en l'àmbit de les seves habilitats o capacitats, és el que queda limitat i impedit. Diguem que l'àmbit assolit es transforma en atribuït, en el sentit que la persona no té jurisdicció o legitimitat per a definir o decidir els rols que ha d'exercir. No diem que la persona diagnosticada tingui només un estatus, sinó que hi ha un tipus d'estatus, malalt mental, que s'esdevé en una mena de territori d'exclusió del qual no li és permès sortir. És un estatus que implica alhora una sèrie d'accions-rols predefinitos, això és, prendre una medicació, anar a un centre especial d'ocupació o centre de dia, controlar-se els nivells de sucre a la sang, etc., sobre els quals no té jurisdicció. Són accions que es tornen estàtiques i que fan que el seu estatus sigui inamovible. Al mateix temps, mentre els estatus i rols es constitueixen i es posen en evidència en relació amb cada situació i circumstància, el de malalt mental, en la seva condició d'absolut, és permanent i transsituacional.

Al nostre entendre, la salut, o el millor estar, està relacionada directament amb la possibilitat d'interpretar diferents rols i estatus al llarg de les nostres vides i de fer-ne ús. Tots disposem d'una sèrie de rols i estatus –més enllà dels atribuïts–, que podem modificar, sobre els quals disposem de la potestat de transformar-los segons la nostra voluntat. No obstant això, el fet de ser en tant que malalt mental implica un estatus i una sèrie de rols sobre els quals el subjecte no té autoritat. I aquest mateix fet és el que contribueix en gran manera en la pèrdua de l'autonomia, de l'autoestima, i tot un seguit d'efectes secundaris –que deriven de– que fan la consolidació del patiment més que no pas el seu alliberament.

Dit d'una altra manera: el **joc social** (Goffman, 1989) implica estatus i rols, i la participació en tot joc necessita màscares, actituds, accions, que estan relacionades amb la possibilitat de ser un mateix qui les defineixi –quines sabates ens hem de posar, quina identitat hem d'adoptar, etc.– perquè és aquí on resideix la base de l'impuls vital, del que ens constitueix per a ser i estar en el món. Així, el que intento plantejar és que aquesta impossibilitat d'abandonar l'estatus i el rol de malalt absolut –es pot pensar en si mateixa com a promotora de certa

cronificació–, no permet al subjecte l'opció de reconstituir-se com una altra cosa que allò marcat per l'estigma. En aquest sentit promoure la distinció, per exemple, entre *ser* o *estar* malalt ens podria donar algunes claus. L'opció d'*estar* diguem que s'obre a la possibilitat de deixar d'*estar*; en canvi, la de *ser* defineix l'individu íntegrament existencial, com si el problema fos part inseparable de si mateix. L'estatus i els rols que ocupem i exercim socialment s'han de pensar com a constitutius de les nostres capacitats i possibilitats de fer-nos un lloc en el món, i el lloc i les accions de ser en tant que malalts mentals en totes les circumstàncies de la vida no són precisament elements que contribueixin en aquest sentit.

Nancy Waxler, en una anàlisi antropològica en el camp de l'esquizofrènia a Ceilan, l'actual Sri Lanka, vinculada als alts índexs de recuperació en els afectats de problemes de salut mental, fa referència a la importància clau del rol que ocupen els subjectes en relació amb les possibilitats de millorar el seu pronòstic. Segons aquest estudi, arran d'un brot psicòtic, els familiars de la persona negocien amb els professionals la seva no-cronificació. I aquesta negociació està vinculada directament amb la possibilitat de fer ús de la seva concepció local sobre la bogeria, vinculada a la manera d'entendre-la i de disposar d'estratègies particulars, no necessàriament biomèdiques –a més de les biomèdiques–, per a fer-hi front. Ángel Martínez Hernáez, citant Waxler, diu el següent:

“El motivo es que los cingaleses no entienden que el individuo sea responsable de su enfermedad, sino que su cuerpo o su espíritu está poseído. Con ello, nos indica Waxler, se descarga el potencial estigmatizador y se eliminan las dificultades para que el afectado pueda posteriormente cambiar su rol de enfermo por otro integrado en el contexto social. Contrariamente, argumenta la antropóloga británica, en las SI (Sociedades Industrializadas) nos encontramos con un proceso opuesto marcado por una carga ideológica de estigmatización y por unas expectativas de larga duración de la enfermedad”

(Martínez, 1998)

És a dir, en aquestes geografies, la bogeria és explicada com a part d'una possessió per un determinat esperit, un estat del qual es torna quan se n'és desposseït. D'allò que en el model biomèdic en diríem *estabilitat*, aquí en diem *desposseït*; és a dir, el subjecte torna al tot col·lectiu de la comunitat. Retorna aquell que abans va ser abduït, el mateix. En el nostre context, la persona que passa per un episodi d'aquest tipus ingressa en el *ser en tant que pacient*, malalt mental total, i ja no li és permès ni socialment, ni clínicament, tornar a ser aquella persona que era. Ja no torna.

Al nostre entendre el millor estar dels subjectes de la bogeria s'ha de pensar com a relacionat directament amb les seves possibilitats de recuperar certa jurisdicció sobre els seus rols i estatus i específicament sobre els seus particulars itineraris terapèutics. No hi ha recuperació quan la vida és determinada des de fora; hi ha, en canvi, submissió i certa estabilitat de l'ànim associada a una passivitat assumida. L'Óscar, de Radio Nikosia, en un programa dedicat als psicofàrmacs, deia el següent: “No deixeu que les pastilles prenguin el control sobre el vostre cos i només us deixin dormir, menjar, dormir, menjar, pastilla,

dormir, menjar, pastilla... Això no és vida; és Zombilàndia". El rol ocupat, el lloc social conquistat, participa en el rescat dels individus. Qui és per als altres, quin paper exerceix, són elements d'una importància vital.

8. Arqueologies de la subjectivitat com a punts de partida

Una de les preguntes que ens solen assaltar en relació amb aquesta mena de panorames és quin lloc correspon ocupar als sabers experts, en el nostre cas als professionals de la salut vinculats a l'àmbit comunitari. No hi ha respostes completes, ni senzilles, ni tancades per a això; es construeixen en l'àmbit de les pràctiques quotidianes. Diguem que el punt de partida està en l'escolta i en el rescat i promoció d'aquella trobada de què parlem des del començament. En un principi, pensem que farà falta un treball vinculat a allò que en un altre assaig definíem com a "certa arqueologia de la subjectivitat" (Correa-Urquiza, 2010), és a dir, si partim de la base que la persona ha travessat una història marcada per tots els elements que hem analitzant en aquest mòdul, és fins a cert punt "natural" que hagi oblidat, desconegut, desatès, ocultat, els seus propis punts de vista, moltes de les seves particulars concepcions sobre el que l'envolta, de les seves particulars eines i estratègies. Recordem Freire, citat més amunt:

"Son ellos y al mismo tiempo son el otro yo introyectado en ellos como conciencia opresora. Su lucha se da entre ser ellos mismos o ser duales. Entre expulsar o no al opresor desde «dentro» de sí."

(Freire, 1970)

De tot aquest procés de desautorització viscut se'n sol produir l'autoestigma, una consideració de si mateix com a no apte, sense opinió legítima, etc. Per tant, la feina és anar-se recuperant des del fons d'ells mateixos, però no des d'una passivitat receptora sinó des d'una construcció compartida en què la feina professional ha d'estar relacionada amb la generació del lliure perquè el riu flueixi, com solia dir Alfredo Olivera, director de La Colifata, la primera emissora de ràdio feta per persones amb problemes de salut mental. És a dir, acompanyar i proposar des de l'acció compartida; sobretot a partir de la pregunta i de la generació d'un context tan lliure com es pugui de condicionants, un context en què el patiment mental accedeixi a la possibilitat de resignificar-se, de ser altres coses que no pas error, culpa, i de ser allò que ells volen ser. Un territori i unes situacions en què, en tot cas, aquest patiment accedeixi a la possibilitat de ser reanomenat, resemantitzat i redefinit tant en les qualitats ontològiques com en les possibilitats de recuperació terapèutica. Estar, en definitiva, en l'àmbit dels subjectes la possibilitat transformadora de les seves pròpies realitats. És clar que aquestes possibilitats sempre estaran alhora travessades per circumstàncies estructurals, per variables econòmiques i socials que faran més o menys senzill el fet factible de la transformació. Però és des d'ells i amb ells que pot sorgir la possibilitat del millor estar.

D'aquí sorgeix la idea que és des dels afectats mateixos que ha de sortir el canvi, i davant això, **el rol dels professionals és el d'acompanyar processos**, desactivar obstacle rere obstacle. Produir, promoure i accionar un acostament des del **diàleg obert i horitzontal**, un acostament des d'un cos predisposat a comprendre i sentir, com emfatitzava Giovanni Pizza (2005) en relació amb les propostes d'Antonio Gramsci. És a dir, intentar acostar-se a les seves particulars maneres de percebre el món, trobar-se amb aquest altre per a generar a partir d'aquí el context que permeti la transformació necessària.

L'**arqueologia de la subjectivitat** es relaciona en aquest cas amb la **generació d'un context**, d'una circumstància en què la persona accedeixi a recuperar la jurisdicció sobre el seu propi saber; això no s'ha de pensar com un procés d'ensenyament contra aprenentatge en què l'individu reproduceixi allò que li diem que hauria de fer, sinó com la generació d'una instància en què sigui ell mateix en comunió amb els altres i amb nosaltres el qui redescobreix les opcions de la seva subjectivitat. L'aprenentatge real es produeix com a resultat d'un descobriment personal, d'un passar pel cos, des d'un retrobar-se amb el coneixement des de dins d'un mateix, des d'una experiència produïda gairebé com a convulsió interna. Paulo Freire (1970) diu que ningú no allibera ningú o, en el nostre cas, ningú no educa ningú. Les persones s'alliberen o aprenen en comunió a partir d'experiències, situacions quotidianes, etc. A partir d'aquí sorgeix l'aprenentatge com una mena de **revolució interior**. Si no es fa cos, si no es produeix des de dins, no hi pot haver transformació. **Freire** dona algunes idees interessants per a treballar en aquest sentit arqueològic i parla també de la necessitat que aquest procés s'articuli mitjançant dues instàncies: una de "**conscienciació**" sobre la situació viscuda i una de relativa a l'acció per la **transformació** d'aquesta situació.

Posem-ne un exemple. Durant una recerca feta en l'àmbit de la salut mental i l'antropologia, produïem juntament amb aquesta recerca el dispositiu de ràdio i comunicació dut a terme pels afectats mateixos:

Radio Nikosia

En la primera trobada que vam tenir amb el grup de persones, sis, que conformarien inicialment les emissions, vam decidir preparar un programa sobre la idea de la por. Va ser una proposta d'un dels participants, ancorada, deia, en la por quotidiana de la mirada dels altres, en la por de generar por, en la por de no ser tingut en compte, en la por de la bogeria, etc. Durant l'assemblea de preparació del guió radiofònic van sorgir idees com aquesta i infinitat d'altres que parlaven d'una relació constant i intensa amb la por. També vam definir una sèrie d'estratègies particulars i pròpies de cadascun dels participants per a fer front a aquest sentiment. Un d'aquests participants deia que "tot li feia por", que "sortir al carrer li feia por"; un altre, que el que li feia més por era la por que els altres tenien d'ell a partir del moment en què havia estat diagnosticat. La por era fonamentalment envers els altres, i aquí els altres érem tots els no diagnosticats que exercíem sobre aquest participant una mena de pressió estandarditzant, normalitzant, un judici. L'assemblea va ser variada i plena d'opinions, però al cap de dos dies, a l'hora de sortir per antena, d'emetre i explicar socialment el que cadascun havia reflexionat, d'aquestes sis persones que hi havia a l'estudi de ràdio n'hi va haver quatre que van portar una definició de diccionari.

Estaven disposades només a explicar això que pensaven que els altres –en aquest cas sintetitzats en el pensament consensuat dels diccionaris– podien acceptar. L'intent que s'entreveia en aquell moment, d'alguna manera, era el d'amagar-se sota la capa de suposada “normalitat”. Si les seves biografies es caracteritzaven pel fet quotidià de ser negats pels altres, si a partir del moment del diagnòstic, del començament, com hem vist, del que Goffman (1988) va anomenar *carrera moral del pacient*, el subjecte inicia un procés de desautorització sistemàtica de si mateix, de deslegitimació del seu punt de vista, de la seva subjectivitat, és comprensible llavors la necessitat d'ocultar aquesta opinió pròpia, que es pot llegir, com se sol fer, en tant que símptoma de la bogeria. Va ser aquí que va sorgir la idea del treball des d'una **arqueologia de la subjectivitat**.

És a dir, construir contextos i circumstàncies des dels quals les persones es puguin retrobar amb aquesta part negada de si mateixes.

No és que expressar una definició de diccionari sigui una cosa reprobable o patològica. De cap manera. Més aviat és una estratègia de supervivència absolutament comprensible dins dels paràmetres en què és produïda; és part de les estratègies de “camuflatge” a què s'autosotmeten permanentment els afectats per passar desapercebuts, per no ser anomenats *error*. Aquesta arqueologia es pot pensar com un dels papers centrals dels professionals, però no es tracta d'un fer en l'altre o sobre l'altre, sinó d'una feina de vegades de reconstrucció compartida d'un món esquerdat.

Com a professionals en aquest camp no ens hauria de fer por la dificultat que de vegades hi ha per a treballar més enllà dels protocols i les planificacions generals, perquè és des de la particularitat que es construeix la salut. És en l'àmbit micropolític, de persona a persona, de realitat a realitat, de context a context, perquè els subjectes, més enllà de la seva més o menys pertinença a un tot social, s'erigeixen en individualitats amb biografies, presents i passats diferents, amb entorns i xarxes diferents, amb capacitats i voluntats diferents. Per això se sol dir que la salut mental és més una feina d'artesanía, d'elaboració pausada aferrada en la quotidianitat, en les interaccions amb l'àmbit social i en les opcions que produeixen aquestes interaccions. Els problemes mentals disten de ser un problema essencialment orgànic com ho podria ser –fins a cert punt– una cirrosi hepàtica, més enllà que la cirrosi pugui ser pensada també com el resultat d'un determinat conflicte en el camp de les experiències que fan que l'individu abusi de tal o tal altra substància. El que volem tornar a plantejar, que no és res nou, és que l'etiologia del patiment mental s'inscriu en les interseccions, en aquests territoris frontissa que s'obren entre el que és orgànic, social i cultural, i és aquí on s'ha de treballar. És un patiment que

no es pot pensar fora de la vida en societat. L'abordatge del patiment mental des de les disciplines socials i comunitàries ha de ser, sobretot, promotor de la trobada.

Una de les raons a partir de les quals s'ha anat consolidant la manera en què ho ha fet la mirada social sobre la bogeria està vinculada a l'existència d'una sola perspectiva sobre el fenomen. Encara que més que de l'existència correspondria parlar de la legitimitat social d'una única perspectiva, la dominada, com hem vist, per l'àmbit biomèdic. Perquè la veritat és que hi ha altres perspectives, altres mirades, però no s'han tingut en compte a l'hora del concert de veus que construeixen l'aproximació i la terapèutica. Plantegem que tot vertader treball en salut s'ha de produir a partir d'una feina simètrica, desjerarquitzada i fonamentalment complementària entre els diferents sabers: els relatius a les disciplines socials, les *psi*, les mèdiques, sumats als produïts per familiars i xarxes, més i fonamentalment –arran de la desatenció històrica de què han estat objecte– els que es refereixen a la subjectivitat dels afectats. I aclarim que la idea no és invertir les jerarquies determinants en tota dinàmica d'elaboració del coneixement sobre la bogeria, sinó que sí que cal promoure una simetria constructiva en les possibilitats de participació de les dinàmiques que condueixin a un millor estar. Així, els rols que ocupi cada part en el procés, i les relacions establertes entre aquests rols, s'erigiran en la base de tota transformació.

És interessant reflexionar sobre el nostre fer pràctic en l'àmbit quotidià, sobre el lloc que, com a professionals de l'àmbit de la salut, busquem ocupar. Hi ha, sí, la possibilitat de ser part d'un engranatge preestablert, d'emmotllar-se a allò que és determinat i no patir en conseqüència més que el que implicaria qualsevol procés d'adaptació; també hi ha l'opció, però, de considerar que és possible la idea de transformació, de creixement d'aquestes estructures. Aquesta possibilitat no és confortable, no és precisament confortable, però és en definitiva la que ens permetrà, en tant que professionals, subjectes actius, electors d'un rol determinat, accedir a la noció de *sentit* sobre el que intentem produir. Treballar amb la intuïció a què feia referència Deleuze implica no solament deixar-se portar pel que ens indiquen, sinó manejar un coneixement profund de les estructures per les quals ens movem per a accedir a partir d'aquí a la possibilitat de redefinir camins, opcions. La salut mental s'ha de construir en l'activitat de cada dia, amb menys receptes absolutes que complicitat i escolta, amb l'obertura historiaritzant, que oxigeni, que permeti a l'altre, afectat, desenvolupar i provar, amb les seves pròpies eines, de ser aquest llit pel qual flueixen tots els rius. La bona medicina, diria Caponi seguint Canguilhem, ja no la definiran professionals que brindin un coneixement, sinó exegetes, intèrprets del dolor de l'altre, descodificadors del patiment i de les estratègies dels individus (Caponi, 1997).

Un dels secrets com a professionals resideix en un cert saber emmotllar-se, flexibilitzar protocols. I això no s'ha de llegir en absolut com un elogi a la desentesa, sinó tot el contrari; implica més aviat un compromís, immiscir-se, que és molt més profund que l'acció relativament senzilla de seguir pautes preestablertes. Concebem la pràctica sense una intencionalitat política, tant si aquesta intencionalitat és conscient com si no, com un acte deliberat per a deixar les coses tal com estan. La immobilitat, el silenci, no és altra cosa que l'acte de sostenir políticament el que està establert.

Glossari

arqueologia de la subjectivitat *f* Procés mitjançant el qual els professionals tenen la possibilitat de treballar per la recuperació de la subjectivitat i la biografia dels afectats.

deshistoriarització *f* Acció de buidar d'història la realitat d'un subjecte, d'un procés o fenomen. No tenir en compte la biografia, el passat, el possible futur. En el nostre cas, tota vinculació amb els subjectes ancorada exclusivament en una dimensió orgànica del patiment mental és en si mateixa deshistoriaritzant.

estatus social *m* Posició o lloc social que ocupen els individus en societat.

estigma *m* Classe especial de relació, segons Ervin Goffman (1989), entre atribut desacreditador i estereotip dins d'un marc sociocultural determinat.

iatrogènesi social *f* Categoria que Ivan Illich defineix de la manera següent: "Cuando el daño médico a la salud individual se produce por un modo sociopolítico de transmisión, hablaré de «Iatrogenesis social», término que designa todas las lesiones a la salud que se deben precisamente a esas transformaciones socioeconómicas que han sido hechas atrayentes, posibles o necesarias por la forma institucional que ha adquirido la asistencia a la salud. La Iatrogenesis social designa una categoría etiológica que abarca muchas formas. Se da cuando la burocracia médica crea una salud enferma aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo los niveles de tolerancia al malestar o al dolor, reduciendo el trato que la gente acostumbra a conceder al que sufre, y aboliendo aun el derecho al cuidado de sí mismo. La Iatrogenesis social está presente cuando el cuidado de la salud se convierta en un ítem estandarizado, en un artículo de consumo; cuando todo sufrimiento se «hospitaliza» y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte; cuando el lenguaje en el que la gente podía dar expresión a sus cuerpos se convierte en galimatías burocráticos; o cuando sufrir, dolerse y sanar fuera del papel de paciente se etiquetan como una forma de desviación" (Illich, 1978).

malaltia absoluta *f* sin. malaltia total

malaltia total *f* Cas de considerar una persona diagnosticada d'un problema de salut mental des d'un punt de vista exclusivament patològic, desoïnt la seva biografia, les seves narratives, la seva subjectivitat, etc.
sin. malaltia absoluta

patiment social *m* Patiment que no deriva de la patologia en si mateixa en les seves dimensions orgàniques, sinó que és el resultat de l'estigma, de les interaccions de l'individu amb el cos social a partir de ser posseïdor d'una determinada categoria que el defineix.

rol social *m* Accions relatives a un determinat estatus o que el fan.

Bibliografía

- Allué, M. (2003). *Discapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Ed. Bellaterra.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente - Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Belloc, M. (2010). *Homem sem historia. A narrativa como criação de cidadania*. Tesis doctoral presentada a la Universitat Rovira i Virgili, de Tarragona.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- Caponi, S. (1997, juliol-agost). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, IV (2), 287-307.
- Correa-Urquiza, M. (2009). *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Correa-Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., i Martínez Hernández, Á. (2006). *La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. Quaderns*, 22. Barcelona: Ed. UOC-ICA.
- Delgado, M. (1999). *El animal público. Hacia una antropología de los espacios urbanos*. Barcelona: Gedisa.
- Durkheim, É. (1893/1986). *Las reglas del método sociológico*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica.
- Eco, U. (1984). *Apocalípticos e integrados*. Madrid: Ed. Lumen.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1991). *Saber y Verdad*. Madrid: Ed. La Piqueta.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- García, J. (2010). La sutil frontera [document en línia]. *Bostezo*. València. http://www.revistabostezo.com/detalle_texto.php?recordID=46
- 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.
- Illich, I. (1978). *Némesis Médica*. Mèxic: Ed. Joaquín Mortiz.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. Nova York: Basic Books.
- Kleinman, A. i Kleinman, J. (1991, setembre). Suffering and its professional transformation: Toward and ethnography of interpersonal experience. A B. J. Good (Ed.), *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3 (15), 275-301.
- 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.
- Linton, R. (1936/2006). *Estudio del hombre*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- 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.
- McLuhan, M. (1996). *Comprender los medios de comunicación*. Madrid: Ed. Paidós.
- Peset, J. L. (1983). *Ciencia y marginación*. Barcelona: Ed. Crítica.

Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, capacidad de actuar (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social* (vol. 14). ISSN 1131-558X-15-32.

Romaní, O. (1996). *Antropología de la marginación*. A J. Prat i Á. Martínez (Eds.), *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel.

