

Antropologia mèdica i salut mental

Altres aproximacions i pràctiques
possibles

Martín Correa-Urquiza

PID_00192053



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. Una aproximació antropològica.....	9
2. Eficàcia biològica / eficàcia simbòlica.....	14
3. La simetria analítica en el camp dels sabers i les narratives..	16
4. El model biomèdic hegemònic.....	20
5. Particularismes divergents entre narratives. Un cas.....	23
6. Sobre la concepció de la idea de salut.....	32
Glossari.....	37
Bibliografia.....	38

Introducció

En aquest mòdul, a partir d'eines i conceptes de l'antropologia mèdica, intentarem analitzar les maneres mitjançant les quals s'ha anat consolidant el model biomèdic hegemònic en el camp de la salut mental, més específicament en la psiquiatria. La intenció és descriure els mecanismes que han consolidat la biomedicina i les seves pràctiques adjacents, com a "veritat objectiva" sobre els fenòmens relatius al patiment mental. L'antropologia ens permet, en termes analítics, situar els sabers experts i els profans en un mateix nivell d'observació amb l'objectiu de comprendre les aportacions possibles des de cadascuna d'aquestes perspectives. Al nostre entendre, l'abordatge de les narratives dels afectats en termes de les significacions que tenen, i no ja com a simptomatologia patològica, s'evidencia com una de les consideracions fonamentals davant l'objectiu de construir itineraris de benestar per a les persones diagnosticades. Al final del mòdul proposem unes breus anotacions sobre la nocions de *salut* i *teràpèutica*, no com a conceptes objectivables, sinó en tant que constructes socials que haurien de resultar de la trobada i el diàleg entre l'individu i els diferents sabers amb què interactua en l'itinerari cap a un millor estar.

El camp de la salut mental ha estat relacionat històricament amb l'univers de les disciplines clíniques i més específicament al que Eduardo Menéndez (Menéndez, 1984) va definir com el model biomèdic hegemònic. Aquesta filiació està relacionada amb una aproximació a l'individu que la considera fonamentalment en els aspectes orgànics i biològics en detriment de tota dimensió relativa a l'àmbit sociocultural. No obstant això, com hem analitzat i anirem analitzant, les persones que han estat diagnosticades no es constitueixen com a illes psicopatològiques (Martínez Hernáez, 2008), com a entitats aïllades, les alteracions i els patiments de les quals tindrien una relació exclusiva amb el fet de ser en tant que organismes disfuncionals. Les persones viuen en societat, constitueixen la societat les unes per a les altres, les unes amb les altres, i viceversa; la interacció és permanent. Per tant, negar les possibles implicacions d'un determinat context i de les circumstàncies socioeconòmiques i culturals en el subjecte és part de la quotidianitat, part de la fallàcia de considerar-los immunes a l'entorn, com a ens hermètics psíquicament i físicament a allò que el context proposa. Es tracta més aviat d'una relació dialèctica, d'anada i tornada constant entre aspectes biològics i socioculturals, que va generant la idiosincràsia i la particularitat biogràfica de cada persona. Així, es podria afirmar que com a éssers socials som el resultat del que l'organisme porta com a equipament biològic i de les modificacions que es generen a partir de les relacions amb el medi. En cada subjecte les proporcions són variables i modificables al llarg del temps i els espais.

Sense desestimar en absolut les perspectives mèdiques, el que ens convoca aquí és la necessitat de reflexionar sobre aquestes altres maneres d'acostament, aquestes altres consideracions que intenten pensar el subjecte com a producte social i històric, i analitzar les maneres amb què es pot comportar aquest entorn com a generador de conflictes, o com a part de la solució a la recerca d'un benestar. Les ciències humanes en general, l'antropologia i més específicament l'antropologia mèdica tenen en aquest cas una aportació a fer, no solament perquè s'han evidenciat com una eina efectiva d'anàlisi dels mecanismes que operen en la dimensió social del patiment mental, sinó perquè ens faciliten l'accés a les aproximacions existents, i per tant a la possibilitat d'entreveure les efectivitats probables d'una construcció compartida de les estratègies d'aproximació a la bogeria. Aquí analitzarem l'àmbit de la salut mental a partir d'una aproximació gradual feta des del camp de la salut general.

Objectius

- 1.** Analitzar la importància de preveure les diferents perspectives i abordatges possibles en relació amb els processos de salut i malaltia.
- 2.** Examinar la importància de considerar els factors socials, polítics, econòmics i culturals com a determinants dels processos de salut i malaltia.
- 3.** Estudiar les implicacions del model biomèdic hegemònic en el camp de la salut mental.
- 4.** Analitzar les possibles eines que ens brinda l'antropologia mèdica per a aproximar-nos als processos de salut i malaltia en l'àmbit dels problemes mentals.
- 5.** Fixar-nos en la importància de tenir en compte les dimensions significatives de les narratives profanes a l'hora d'analitzar i desenvolupar eines d'aproximació al fenomen del patiment mental.

1. Una aproximació antropològica

“Els bojos es passegen per la corda fluixa. Són equilibristes que busquen l'equilibri desequilibradament.”

(Pau Vidal, Radio Nikosia)

L'antropologia ens interessa en aquest cas com a eina que ha anat desenvolupant una aproximació teòrica als fenòmens de salut i malaltia, col·locant en la mateixa condició d'objecte d'anàlisi tant les narratives de les persones afectades i les significacions que tenen com les perspectives de les ciències o disciplines que les tracten. És a dir, la feina ha estat no per a desautoritzar el saber mèdic professional, sinó per a possibilitar desencriptar-lo en la seva condició de fenomen social i en el seu estatus de dogma inqüestionable; la intenció és desconstruir-lo per a intentar comprendre els mecanismes lligats a l'univers de les creences que hi poden operar. L'**antropologia mèdica** (AM), en el cas dels problemes mentals, no busca en si mateixa la cura, no és una disciplina en si mateixa terapèutica, sinó que el que intenta és **analitzar les lògiques intrínseques dels fenòmens**, els entramats que fan les textures i els processos, com s'articulen socialment o culturalment i per què ho fan. Assaja potser, i en conseqüència, una certa tasca de desactivació dels mecanismes mitjançant els quals s'han naturalitzat els sabers experts com a inqüestionables, com a absoluts, i intenta descriure allò que hi ha de creença en les “veritats” produïdes pel coneixement. D'aquesta manera, a l'hora d'analitzar un procés determinat de salut i malaltia, l'AM situa els sabers experts en un mateix nivell d'observació que el dels pacients i familiars; com que no parteix d'una finalitat clínica sinó analítica, aborda les pràctiques des de la condició que tenen de fets socials, d'entramat de comportaments, actituds, pràctiques subjectes a una determinada lògica, i mira de desentrançar-les.

En el nostre cas, tant les pràctiques biomèdiques com les relatives als mateixos subjectes afectats poden ser objecte d'anàlisi; totes dues perspectives poden produir i de fet produeixen un tipus de coneixement, i s'han d'analitzar com a tals. Al nostre entendre, aquesta capacitat o afany de desencriptar el joc de naturalitzacions hegemòniques és el que fa de l'antropologia una eina necessària davant l'objectiu de sondejar altres aproximacions possibles al món del patiment mental.

Davant dels processos de salut i malaltia, per a l'antropologia no hi ha un coneixement que s'hagi de considerar més pertinent que un altre; el seu objectiu no és mesurar l'efectivitat terapèutica d'un procés en relació amb la consideració de superior respecte a un altre, sinó analitzar les diferents pràctiques i aproximacions en tant que productores de sentit, d'una praxi genuïna, en tant que derivades d'una classe de saber que s'hauria de legitimar com a tal. Des d'aquesta mena de fer antropològic es neutralitzen les jerarquies que s'activen

en el camp social, són desactivades; i tots els elements estan en igualtat de condicions en el moment de ser previstos com a possibles. No obstant això, com hem dit, l'AM no parteix d'una intencionalitat terapèutica, i és en aquest fer desnaturalitzant que es pot pensar com a inspiradora de processos que contribueixen en la generació de benestar dels afectats. L'objectiu d'aquest mòdul és anar-nos fixant en la manera com es poden produir aquests tipus de processos i per què.

L'antropòleg Clifford Geertz diu que la vocació essencial de l'antropologia interpretativa

“No es dar respuestas a nuestras preguntas más profundas, sino darnos acceso a respuestas dadas por otros, qué guardaban otras ovejas en otros valles, y así permitírnos incluirlas en el registro consultable de lo que ha dicho el hombre.”

(Geertz, 1973)

Geertz planteja que des de l'antropologia es pot pensar l'existència d'una mena de sentit comú en relació amb cada perspectiva, o amb cada aproximació a la realitat generada des de les diferents cultures. L'objectiu seria, doncs, analitzar-les en la seva dimensió de posseïdors d'un determinat sentit comú que fa la seva naturalesa cultural. Segons aquest autor:

“En este caso, la antropología puede ser de utilidad en el mismo sentido en que lo es habitualmente: proporcionando ejemplos distantes, fija los próximos en un contexto modificado. Si observamos los puntos de vista de los pueblos que extraen conclusiones diferentes a las nuestras en su mera vivencia, que aprenden lecciones diferentes en la dura escuela de la vida, nos daremos rápidamente cuenta de que el sentido común es un asunto más problemático y profundo de lo que parece desde la perspectiva de un café parisino o de una sala de reuniones de Oxford. Como uno de los suburbios más antiguos de la cultura humana –no demasiado regular, no demasiado uniforme, pero que aun así escapa al laberinto de plazas y callejuelas para alcanzar una forma mucho menos casual–, el sentido común muestra de una manera particularmente evidente el impulso sobre el que se construyen esos complejos: el deseo de representar el mundo de forma distinta.”

(Geertz, 1973)

Si pensem en les possibilitats articuladores de sentit comú en cadascuna de les aproximacions existents en relació amb el fenomen de la salut mental, veurem que aquestes idees són fàcils de traslladar a aquest àmbit. És a dir, es pot plantejar que hi ha, per exemple, un sentit comú propi en els sabers experts o un sentit comú propi en els sabers dels subjectes del diagnòstic. Cada grup respon a una determinada lògica d'aproximació, que no és única ni és fixa, sinó que està en un procés constant de mutació i transformació amb els altres i entre els altres. D'aquesta manera, l'AM ens permet situar en simetria les articulacions probables dels coneixements experts i els coneixements profans. Cecil Helman ens dóna una definició clara i concisa d'aquesta branca de la disciplina que pot exercir aquí de punt de partida:

“L’antropologia mèdica estudia les formes en què les persones, en diferents cultures i grups socials, expliquen les causes dels seus problemes de salut, els tipus de tractaments en què creuen i a qui recorren quan pateixen. També és l’estudi de la manera com es relacionen aquestes creences i pràctiques amb les alteracions biològiques, psicològiques i socials en l’organisme humà tant en la salut com en la malaltia. L’antropologia mèdica, finalment, és l’estudi del patiment humà i de les etapes per les quals passen les persones per a explicar-lo i alleujar-lo.”

(Helman, 2009)

Ángel Martínez Hernáez (2008), per la seva banda, ens recorda que la disciplina va néixer originalment d’una certa desatenció de la mateixa antropologia per les qüestions mèdiques. És a dir, en les primeres monografies etnogràfiques del segle XVIII, les qüestions relatives als processos de salut i malaltia no eren considerades rellevants, eren compreses com una part no significativa de les estructures majors de l’àmbit cultural. Diguem que al començament no se suposava que eren un tema antropològic en si mateixes, sinó que eren interpretades dins del marc de les pràctiques locals igual que la bruixeria, la màgia o la superstició en termes genèrics. No hem de passar per alt que els primers passos de l’antropologia van estar lligats al que es coneix com a *paradigma il·lustrat i universalista*; antropòlegs com Lewis Morgan o Edward Tylor, assenyalats sovint com a dos dels pares fundadors de la disciplina, partien d’un supòsit evolucionista segons el qual la història de la humanitat es podria plantejar com una successió lineal i progressiva d’esdeveniments en l’estadi superior dels quals hi havia les societats occidentals. Arran d’això, les que avui són considerades com a pràctiques mèdiques en les diferents societats i cultures, llavors eren interpretades dins del marc de les creences i endevinacions de societats jutjades com a "inferiors". No es tenien en compte.

Si aquesta primera etapa de la transformació de l’AM Martínez Hernáez la defineix com a “model clàssic”, en proposa una segona que anomena *model pragmàtic* i que es relaciona amb l’aparició d’una metodologia enfocada específicament als processos de salut i malaltia i a les pràctiques relatives. No obstant això, aquest nou vessant va funcionar durant els primers anys com una mena de disciplina subalterna a la biomedicina oficial. És a dir, es van reconèixer en la seva existència les dinàmiques sanitàries en els diferents grups socials i culturals, però sempre des d’una articulació comparativa amb el model biomèdic occidental que transformava aquesta pràctica en el model de referència, en la veritat “objectiva” a partir de la qual s’havien de mesurar les altres pràctiques com a tipologies possibles però subordinades. Generalment en les tradicions biomèdiques i fins i tot sociològiques i antropològiques de llavors, la idea de salut era analitzada sobre la base de dues interpretacions o camins factibles: d’una banda, el de l’experiència subjectiva de l’individu com a afectat; de l’altra, el de la realitat “objectiva” de la malaltia. És a dir, en un sentit s’analitza el que diuen, pensen i conjeturen els individus sobre l’etiologia i l’itinerari dels seus patiments, i en l’altre, la “realitat científica objectiva”, és a dir, la “veritat” sobre el curs del problema. Aquesta aportació havia estat fins i tot la d’Horacio Fábregas, un antropòleg mexicà que va ser qui va introduir per primera vegada la distinció entre dos conceptes –en anglès– semblants però divergents a l’hora d’aplicar-los: *illness* i *disease*. La primera d’aquestes

categories feia referència a la dimensió folk, local, del patiment, i la segona feia referència a l'essencialitat patològica. Dit d'una altra manera, la ciència no és aquí objecte d'estudi, sinó un subjecte amb què es mesura la realitat. D'alguna manera, diu Martínez Hernáez (2008), el lema llavors era ensinistrar els metges des d'una perspectiva antropològica perquè els individus afectats d'altres cultures o societats, per exemple, no aixequessin barreres al voltant de la implantació d'una determinada campanya de vacunació.

No obstant això, l'antropologia va fer un nou gir epistemològic que va ser el que d'alguna manera li va permetre sortir d'un rol subsidiari i la va transformar en articuladora d'un altre tipus de coneixement. Així, doncs, el model crític, tercer en el desenvolupament de l'esquema proposat per Martínez Hernáez (2008), coincideix amb el "descobriment" que la biomedicina és en si mateixa un model possible. És a dir, lluny de pensar-les com a sistemes de referència, les disciplines biomèdiques comencen a ser analitzades en termes de construcció històrica, de resultat de determinats processos i circumstàncies. La biomedicina passa a ser, no ja subjecte, sinó objecte de l'anàlisi antropològica. En paraules de Martínez Hernáez:

"Contrariamente a los dos modelos que acabamos de esbozar; la antropología médica de hoy en día es el resultado de una deconstrucción de los límites entre ciencia y creencia, entre biomedicina y cultura."

(Martínez, 2008)

La feina dels antropòlegs en aquest camp és avui desxifrar allò que és creença en l'espai de la racionalitat. I és precisament aquest tercer moment el que ens interessa aquí, és a dir, la possibilitat d'analitzar aquells elements de la biomedicina –dels sabers experts relatius al món de la ment en el nostre cas– que es poden pensar com a lligats a l'àmbit de les interpretacions més enllà de les dades empíriques. Aquest fet va situar l'atenció allà on no s'havia situat gaire. Martínez Hernáez (2008), recordant Habermas, diu que:

"Una de las constantes del pensamiento científico, por lo menos en sus versiones más cercanas al positivismo, ha sido la eliminación de toda auto-reflexión sobre el sujeto cognoscente."

(Martínez, 2008)

L'antropologia, entre altres disciplines, ha intentat últimament capgirar aquesta situació històrica, il·luminar les contradiccions d'aquest *escotoma* o forat negre, en termes d'Oliver Sacks. S'ha d'aclarir, però, que plantejar la necessitat d'analitzar l'àmbit científic en tant que producte d'unes determinades circumstàncies no implica necessàriament dissoldre'n les efectivitats, o la condició de vàlid. Dit d'una altra manera: la consciència sobre la relativitat de cada perspectiva no en desactiva necessàriament l'eficàcia biològica o simbòlica.

Arthur Kleinman, un dels pioners en aquest sentit d'això que parlem, diu que no hi ha una medicina que sigui independent del seu context històric i econòmic, no hi ha una entitat objectivable i transtemporal anomenada *medicina*. A

partir d'això, tot abordatge sobre el cos i els processos d'aflicció s'ha d'analitzar necessàriament tenint en compte les circumstàncies socioculturals en què es produeix no solament la malaltia, sinó també les diferents eines i paradigmes des dels quals s'intenta abordar.

Al mateix temps, sabem que no hi ha solament factors socioculturals, econòmics, etc., que influeixen i determinen els processos de salut i malaltia, sinó que l'antropologia ha analitzat fins i tot una sèrie de malalties o problemes que amb el títol genèric de *culture bound syndromes* són característics de certes cultures, de certes societats i no d'unes altres. És a dir, que no són trastorns universals, sinó relacionats de manera directa amb una dimensió eminentment cultural. El *koro*, un problema inclòs en el DSM-IV, el radi d'acció del qual no excedeix el sud-est asiàtic i que actua fonamentalment a la Xina, es caracteritza per una mena de pànic i ansietat en l'individu al fet que el membre sexual masculí sigui engolit pel cos; generalment és una por del fet que el penis arribi a encongir-se tant que desaparegui. Kleinman va analitzar el *koro* a la Xina. Ni tan sols la mateixa anorèxia nerviosa es pot comprendre íntegrament si no tenim en compte els efectes possibles que provoquen els canvis en els models socials femenins i masculins, en la manera com ha de ser el cos perfecte en el temps i lloc en què vivim. En aquest sentit, Cecil Helman (2009) ens recorda –per posar un altre exemple que ens permeti entreveure els possibles efectes sociopolítics i econòmics en els processos de salut i malaltia– que una de les crisis de desnutrició més importants del món contemporani va començar en els vuitanta a partir de les campanyes de diverses multinacionals perquè les mares deixessin de donar el pit als fills i ho substituïssin amb diferents tipus de preparats químics alimentosos proporcionats per aquestes mateixes companyies. Aquest fet, sumat a diversos factors socioeconòmics de cada context, va provocar a l'Amèrica Llatina i l'Àfrica importants quadres d'anèmia infantil. Els nutrients de la llet materna, com ara és reconegut, són incomparablement superiors als assolits pels sucedanis de la Nestlé.

2. Eficàcia biològica / eficàcia simbòlica

Un element d'anàlisi que ens pot ajudar a comprendre el que intentem plantejar és la noció d'*eficàcia*. L'eficàcia o efectivitat és el que fa generalment que la biomedicina es posicioni en termes de superioritat davant de les altres aproximacions possibles sobre els processos de salut i malaltia. No obstant això, hem de partir de la idea que en tot procés de recuperació en relació amb la terapèutica hi haurà unes eines o pràctiques que es podran pensar en termes d'eficàcia biològica i d'altres que es podran analitzar des d'una concepció que ens en permeti veure l'eficàcia simbòlica. És a dir, en el camí cap a un millor estar, hi haurà pràctiques o substàncies que poden produir salut des d'un punt de vista orgànic, com ara la utilització d'un antibiòtic en la interacció amb els factors que generen una determinada infecció. Tanmateix, hi ha altres pràctiques que no es podran mesurar, en primera instància, en l'efectivitat biològica que tenen sinó com a conseqüència del benestar que generen en si mateixes en l'àmbit sociocultural. És a dir, parlem d'aquests altres elements que també poden produir salut orgànicament però que deriven d'eines relacionades amb l'àmbit simbòlic, amb l'àmbit social i cultural. Posem-ne un exemple.

El maig del 2011 la premsa local assumia com a realitat part dels plantejaments que ja fa anys que es fan des de la gerontologia, és a dir, l'estreta filiació entre mort i solitud durant la vellesa. La periodista Carina Farreras, del diari *La Vanguardia*, titulava d'aquesta manera una notícia del 23 de novembre de 2011: "La solitud pot matar en la vellesa". I continuava dient:

"Investigacions recents demostren que l'aïllament social i la falta de comunicació continuada amb gent de l'entorn té conseqüències físiques en les persones grans que es tradueixen en un augment de la tensió arterial, amb el consegüent risc cardiovascular, més afeccions inflamatòries i diabetis. «Quan una persona té recursos socials, o viu en parella, o té contacte amb els seus fills, o té amics, parla amb els veïns, o participa activament en algun tipus de comunitat, té menys possibilitats d'emmalaltir i morir que una persona que viu sola i pateix pel seu aïllament.» La codirectora del Laboratori de Neurociència Social i investigadora de la Universitat de Chicago Louise Hawkley es va pronunciar així en presentar el seu estudi L'impacte de la soledat en la salut en el marc de la I Jornada Internacional de Solitud organitzada per Amics de la Gent Gran. «Hem detectat que el dolor social, sentir-se rebutjat o no estar integrat en una comunitat pot ser pitjor que el dolor físic.»"

(Farreras, 2011)

Encara que aquesta realitat no sigui gens nova per a les ciències socials, sí que és interessant que aquesta relació entre factors comenci a ser tinguda en compte com a autèntics factors de risc pel camp científic en general. Al mateix temps, en les nostres societats, cada vegada és més evident el vincle que hi ha entre el desemparament social de les persones grans i la mort. Lògicament la defunció no la provocarà la solitud, no serà aquesta la causa oficial que figurarà en el comunicat de defunció, sinó una aturada cardiorespiratòria o altres fenòmens semblants. No obstant això, es pot conjecturar que d'alguna manera, i no necessàriament en una dimensió metafòrica o poètica, les persones es moren pel desemparament i la solitud, per la falta de xarxes socials, d'entorn, d'activitat, de vida habitada en general. En conseqüència, hi ha eines de l'àmbit social

que contribuïran a modificar aquesta situació d'aïllament i que podrien ser pensades com a eines dotades d'una efectivitat no directament orgànica encara que sí de conseqüències demostrables en l'àmbit dels organismes. De la vida de les persones i els seus cossos. En salut mental hi ha pocs estudis que s'atrevirien a negar la importància de les **xarxes socials** com a factors determinants en la producció de la salut, fins i tot hi ha poques anàlisis que negarien els efectes negatius de l'estigma social sobre el benestar; tanmateix, les polítiques d'atenció continuen centrant-se en la dimensió medicamentosa, i situen els aspectes socials en un lloc secundari.

El que intentem proposar i evidenciar aquí és el fet que hi ha factors individuals (edat, gènere, estat físic, etc.), factors educacionals (formal i informal), factors socioeconòmics i polítics (pobresa, ocupació, xarxes socials, etc.), factors ambientals (clima, densitat de població, pol·lució) que afecten de diferents maneres el cos i que es poden considerar determinants en els processos de salut i malaltia (Helman, 2009). Els treballs de Nancy Scheper-Hughes són molt gràfics en aquest sentit: a "La muerte sin llanto" (Scheper-Hughes, 1997) analitza la relació entre la mort per fam al nord del Brasil i la pobresa endèmica, i a "El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia social en el tráfico de órganos" (Scheper-Hughes, 2005) intenta desxifrar els mecanismes que hi ha al darrere del comerç internacional d'òrgans, és a dir, la consolidació d'un cos dissecat com a mercaderia, les desigualtats socials que s'amaguen després de la naturalització de la venda d'òrgans. Scheper-Hughes diu que hi ha:

"Programas organizados [que] han llevado durante los últimos veinte años a pacientes adinerados desde Israel, Arabia Saudita, Omán y Kuwait, para ser sometidos a un trasplante de órganos, a la India, inicialmente, y después a Turquía, Irán, Irak y, más recientemente, a Rusia, Rumanía y Moldavia, donde los vendedores de riñones eran reclutados –algunas veces bajo coacción– de los barracones del ejército, prisiones, oficinas de empleo, rastros, centros comerciales y bares. De este modo incluso podemos hablar de naciones donantes de órganos versus naciones receptoras de órganos". [...] "En general, la circulación de riñones sigue las rutas establecidas del capital desde el sur al norte, desde los misérrimos a los acaudalados cuerpos, desde los negros y mulatos a los blancos y desde las mujeres a los hombres, o desde los hombres de bajo estatus a los privilegiados. Las mujeres de cualquier parte del mundo rara vez son receptoras de estos órganos comprados o robados. [...] Una de las principales fuentes de riñones de Israel son los trabajadores palestinos."

3. La simetria analítica en el camp dels sabers i les narratives

Per a comprendre una mica més a fons les accions de l'antropologia mèdica, és pertinent analitzar-la, en principi, en relació amb la biomedicina. Així, podríem dir que mentre que la biomedicina se centra en la dimensió microscòpica del cos, és a dir, mitjançant una especialització cada vegada més gran que l'ha portat a concentrar-se en les dimensions de la cèl·lula, del gen, sense tenir en compte les dimensions socials i culturals del subjecte, l'antropologia treballa amb una concepció holística, global, que té en compte les implicacions dels factors socioeconòmics, culturals i individuals dins dels processos de salut i malaltia. D'altra banda, si la biomedicina planteja la unicausalitat de la malaltia, això implica mesurar els determinants de les patologies des d'una concepció estrictament somàtica o orgànica; l'antropologia es fixa en la malaltia en tant que procés multicausal i, sense negar la dimensió orgànica, posa l'accent en la inclusió de la multiplicitat de factors que poden incidir en el problema, l'analitza en relació amb una etiologia de xarxes multicausals. Això vol dir que s'ha de pensar com el resultat de causes biològiques, psíquiques, socials, econòmiques, culturals, etc. Al mateix temps, enfront de la psiquiatria, que busca realitats psicopatològiques, significants, l'antropologia busca significats. En aquest fer etnogràfic, l'**antropologia** accedeix a la possibilitat, potser sense acabar-ho de buscar, de treballar sobre el malestar. I no ens referim a curar la malaltia en tant que patologia, sinó a la possibilitat d'**articular dinàmiques que funcionin per si mateixes com a instàncies socials que disminueixin l'aflicció**.

Si la biomedicina pateix d'una certa il·lusió de neutralitat (Martínez, 2008), de pensar-se en tant que producció empírica, l'antropologia comprèn la biomedicina i la resta de disciplines –fins i tot a si mateixa–, com a resultat i producte de les categories i els processos socials. Finalment, enfront d'una unidimensionalitat de la concepció biomèdica que analitza els processos de salut i malaltia des d'una perspectiva exclusivament biomèdica, l'antropologia intenta un acostament per mitjà de la definició de tres categories distintives que s'han constituït com a fundadores en la disciplina. Són tres categories operacionals que va elaborar al seu moment Arthur Kleinman (1980) a partir d'una reconsideració de la proposta de Fábregas i que ens poden ajudar a comprendre aquesta multiplicitat de factors que influeixen en els processos de salut i malaltia:

- **Disease**: fa referència a la concepció biomèdica –aquesta vegada, no a la “veritat” patològica sinó a l'aproximació biomèdica específica– sobre un determinat problema o procés.

- **Illness:** fa referència a la perspectiva dels afectats o diagnosticats, és a dir, a les maneres com veuen, resolen, pensen ells mateixos el seu propi patiment.
- **Sickness:** està relacionada, d'una banda, amb la mirada o concepció social sobre el problema mateix i, de l'altra, amb els condicionants ambientals, socials, polítics i econòmics que poden afectar significativament el curs i la dimensió del patiment.

Pensem aquestes categories en relació amb la salut mental:

En aquest cas, davant d'un determinat procés patològic viscut per una persona, l'exegesi del psiquiatre, l'abordatge i l'explicació d'aquest procés mitjançant categories diagnòstiques, correspondria a la dimensió *disease*; en canvi, el terme *illness* faria referència a l'explicació, les narratives de l'afectat, la seva aflicció subjectiva, les seves representacions i estratègies en relació amb el problema. La noció de *sickness* es vincularia, d'una banda, a la concepció social, popular, sobre els problemes mentals i la bogeria, i de l'altra, a la incidència probable en el patiment de qüestions com el context en què viu la persona, l'edat, l'estatus social, l'absència o presència de recursos econòmics, el lloc i les persones amb les quals conviu, les interpretacions culturals que hi hagi entorn d'aquest problema en el seu context, etc.

Només una aproximació que neixi en tant que producte d'aquestes tres dimensions coexistents en els processos de salut i malaltia ens permetrà un acostament a la complexitat intrínseca del fenomen i, per tant, ens permetrà elaborar les pràctiques i estratègies idònies per a cada instància i per a cada individu. Hem d'aclarir, al mateix temps, que no hem de suposar aquestes categories com a compartiments estancs, aïllats els uns dels altres, sinó com a entitats obertes en fluctuació permanent, influint-se i incloent-se les unes en les altres. Dit d'una altra manera, una persona amb diagnòstic pot reproduir i, encara més, sol reproduir la semàntica psiquiàtrica com a part del sentit comú, fins i tot com a part de les eines pròpies d'abordatge del seu patiment.

Altres antropòlegs com Eduardo Menéndez o Allan Young van anar fins i tot més lluny en els plantejaments, i van reivindicar la importància d'aprofundir en les consideracions relatives a la noció de *sickness*. És a dir, van plantejar la necessitat de posar, davant els processos de salut i malaltia, un èmfasi més gran als condicionants socials i economicopolítics que poden afectar no solament les instàncies de disfunció en si mateixes, sinó les interpretacions que es fan d'aquestes instàncies des de la subjectivitat dels individus. És a dir que, si bé s'ha de treballar amb una aproximació que inclogui la perspectiva biomèdica i la perspectiva profana, no hem de deixar de banda que és pertinent analitzar fins i tot els condicionants que probablement afectaran la manera dels individus d'interpretar la malaltia. Parlem d'estar atents a quines són les condicions socials de producció (*embodiment*) relatives a cada narrativa. En termes pràctics, si fem una sèrie d'entrevistes a pacients en un centre de salut mental per esbrinar el grau de satisfacció amb el dispositiu, és molt probable que els resultats, que les narratives que recollim, estiguin condicionades pel context, la situació viscuda, els efectes de la medicació, la por de les represàlies dels mateixos treballadors del centre, etc. És a dir, tal com diria Menéndez i

Vegeu també

Aprofundirem aquest tema en l'apartat 2 del mòdul "Dels sabers profans i d'aquells territoris des d'on es pot articular l'àmbit comunitari".

Reflexió

Hem d'assumir que hi ha una conformitat dels usuaris amb el servei? Hem d'analitzar més a fons les raons que fan que no s'utilitzi aquesta possibilitat?

fins i tot el mateix Kleinman, no solament s'ha de tenir en compte el discurs, el relat expressat per la persona afectada, sinó que és fonamental analitzar les condicions que fan l'elaboració del discurs. En el mateix sentit podríem examinar el silenci, o la no-utilització dels fulls de reclamacions, en els dispositius de la xarxa assistencial de salut mental. A finals del 2007 un informe del Servei Català de la Salut deia que aquests fulls s'utilitzaven menys en salut mental que en la resta dels serveis de la xarxa sanitària.

Així, si bé al començament aquesta tercera etapa en la consolidació de l'AM es pot pensar en la seva construcció en oposició amb la biomedicina, amb el temps es va constituir més enllà de les pràctiques i la teoria de la biomedicina mateixa. Aquí l'important és destacar les possibilitats de la mirada antropològica a l'hora d'estar atents als diferents factors que influeixen en els processos de salut i malaltia i els determinen. Alhora, són recognoscibles les eines que ens atorga, d'una banda, la possibilitat de desencripar els mecanismes de perpetuació i hegemonia de la biomedicina, i de l'altra, les possibilitats que brinda l'anàlisi interpretativa del patiment i de l'aflicció (Martínez Hernández, 2008).

L'esquema plantejat a partir de les categories *disease*, *illness* i *sickness* és, segons el nostre criteri, una de les propostes més suggeridores del camp de l'AM. El fet de no intentar analitzar les tres aproximacions des d'un punt de vista clínic i terapèutic i de fer-ho en termes de fenòmens socials ens permet acostar-nos a un tipus de simetria que no existeix en l'àmbit de les pràctiques quotidianes. Simultàniament, com que considera les narratives dels subjectes de l'aflicció des d'una dimensió significativa, això és, en els significats que tenen en tant que relat i no ja com a enunciació de símptomes que han de classificar els sabers experts, ressitua aquests coneixements en una igualtat d'estatus en relació amb el dels professionals. És important aclarir que aquestes classificacions són deutores de dues de les categories analítiques clàssiques de la història de l'antropologia: les nocions d'*èmic* i *ètic*. A l'hora d'abordar la feina etnogràfica,

- El concepte *èmic* fa referència a tot allò que té relació amb el grup humà que és objecte d'estudi, és a dir, la seva perspectiva particular sobre la vida, la societat, la malaltia, etc.
- El concepte *ètic*, en canvi, es refereix a allò que té relació amb l'aproximació de l'investigador mateix des dels condicionants occidentals sobre aquest altre que analitza, és a dir, amb les teories i significacions que posa en joc en fer l'observació.

En paraules de Marvin Harris, "en el primero, los observadores emplean conceptos y distinciones que son significativos y apropiados para los participantes; y en el segundo, conceptos y distinciones significativos para los observadores" (Harris, 2009). Des de l'antropologia s'han de tenir sempre en compte

totes dues perspectives si l'objectiu és arribar a un millor coneixement sobre el fenomen analitzat, una més bona comprensió que sorgeixi del fet d'atendre la diversitat d'explicacions possibles.

4. El model biomèdic hegemònic

Eduardo Menéndez, un dels teòrics principals de l'antropologia mèdica, fa una anàlisi a fons del que ha anomenat *model biomèdic hegemònic*.

Model biomèdic hegemònic

L'esquema sobre la salut que preval globalment i que s'ha instal·lat com la manera "natural" d'aproximar-se als processos de salut i malaltia.

Es tracta evidentment d'una conceptualització relacionada amb la categoria *disease*. I pel que fa a això, una de les dificultats en l'abordatge dels processos de salut i malaltia ha estat la consideració que tenen com a fenòmens essencialment biomèdics, cosa que pressuposa, entre altres qüestions i com hem dit abans, la fal·làcia de pensar els individus com a elements aïllats, com a variables no dependents de circumstàncies socials, econòmiques, polítiques, ideològiques. Així, el mateix fet de l'hegemonia mèdica posa al descobert tot un seguit d'ocultacions, conscients i inconscients, en relació amb els determinants d'aquest tipus de processos. En termes de Menéndez:

"En casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud/enfermedad, y menos aún que elimine las otras formas de atención, sino que indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos."

(Menéndez, 2005)

Menéndez defineix el model biomèdic hegemònic (MBH) a partir d'una sèrie de característiques, algunes de les quals intentarem analitzar breument aquí en la materialització que tenen en el camp de la salut mental:

- **Biologicisme.** L'MBH es caracteritza per una dimensió exclusivament biològica, que al seu torn es basa en una concepció relativa a l'àmbit científic, a l'àmbit racional. I és aquesta articulació la que s'erigeix en una diferència excoent en relació amb els altres models. És a dir, l'MBH es posiciona en tant que relatiu a l'evidència científica; a partir d'això tots els altres són relegats a l'àmbit de les creences, les supersticions, la subjectivitat. Mentre l'MBH és allò que és concret i demostrable, l'altre és ressituat constantment en l'àmbit de la relativitat. En el camp de la salut mental, aquest procés s'evidencia a partir de la instauració de la psiquiatria com a saber expert situat a la cúspide d'una piràmide sota la qual s'estructuren

els altres sabers i en la qual els que es refereixen a les vivències subjectives dels afectats ocupen l'estrat final. És allò de què parlàvem en el primer mòdul, és el neokraepelinisme que veu els subjectes en tant que disfuncionalitats orgàniques, desestimant els elements socials, econòmics, polítics, ambientals, etc.

- **Ahistoricitat.** Aquest punt el desenvoluparem més endavant. Es refereix, però, al fet de considerar els individus com a entitats sense història, com a biografies absents, deshabitades. Una altra vegada, com a entitats orgàniques en procés de desajust.
- **Mercantilisme.** Fa referència a la vinculació evident entre la indústria farmacèutica i les pràctiques de salut. L'episodi recent de l'OMS i la declaració de pandèmia de la grip A, arran de les pressions exercides des del sector empresarial dels medicaments relatius, és només un exemple en aquest sentit. En el cas de la salut mental, la fosca filiació entre la indústria farmacèutica i l'agudització del model neokraepelinà ja és una realitat coneguda per tothom encara que qüestionada per pocs. Benedetto Saraceno, psiquiatre i exdirector de salut mental a l'OMS, ha denunciat en diferents fòrums que en els últims anys la indústria del medicament ha augmentat en un 400% la inversió en màrqueting. Això encara és més sospitós quan analitzem els arguments de les companyies per a mantenir en alça constant el preu dels psicofàrmacs. Al mateix temps, Saraceno ha criticat el fet que moltes vegades la suposada transacció terapèutica entre psiquiatres i pacients hagi adoptat un matís de transacció comercial.
- **Jerarquització.** Menéndez adverteix de les conseqüències iatrogèniques de la naturalització social de les articulacions jeràrquiques en el si de les interaccions clíniques. Es refereix específicament a la situació de subalternitat a la qual és convocat generalment el pacient –passiu– en relació amb el seu procés terapèutic. Per a la biomedicina, el metge ocupa el lloc del saber mentre que el pacient és relegat al paper del no-saber, a l'acatament sistemàtic d'allò que determina el professional. En el nostre cas, la persona diagnosticada és d'alguna manera víctima d'un doble procés de subalternització. És a dir, no solament ocupa, moltes vegades, un lloc insignificant –per no dir inexistent– en la construcció de la terapèutica que el concierneix arran de la seva condició de pacient, sinó que al mateix temps habita un altre lloc secundari que es refereix a la seva circumstància de pacient mental. L'estigma dels professionals que analitzarem més endavant hi juga a favor, en aquest sentit. No solament és pacient, passiu, sinó que a més és un pacient la semàntica del qual, la subjectivitat del qual, és constantment negada, posada en dubte.
- **Eficàcia pragmàtica.** El model biomèdic instal·la la seva hegemonia amb un discurs basat en la seva eficàcia pragmàtica. Com hem esmentat abans, però, hi ha diferents maneres de pensar la noció d' *eficàcia*, hi ha diferents

elements que juguen a favor d'una efectivitat en la terapèutica i no ja tan sols la relativa "veritat" d'allò que proposa la biomedicina.

Si bé aquests trets, com diu Menéndez, es poden observar en la medicina practicada abans del segle XIX, és al segle XX quan:

"[se] profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina. Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas."

(Menéndez, 2005)

Com hem vist, Arthur Kleinman va ser un dels primers a plantejar al model biomèdic com un model més dins dels múltiples possibles. Com una manera d'explicar el desenvolupament i la terapèutica dels processos de salut i malaltia dins d'un esquema de tantes altres formes existents. Aquest fet no desmereix o no desacredita les pràctiques i les estratègies biomèdiques, sinó que només les observa en tant que resultat de processos històrics, socials, econòmics, etc., cosa que permet fer una anàlisi que d'alguna manera desbanca la biomedicina del seu estatus de realitat en si mateixa. És a dir, no és la realitat, sinó una manera d'aproximar-s'hi. Aquesta perspectiva holística ens facilita, sobretot, l'accés en igualtat de condicions als diferents models d'aproximació a la salut i la malaltia. Proposa una mena d'hermenèutica crítica entorn de les diferents pràctiques possibles. Kleinman va elaborar la noció de *models explicatius* per fer que aquesta idea fos més operacional.

"Els models explicatius (ME) són les nocions sobre un episodi de malaltia i la seva possible terapèutica que són emprades per tots els involucrats en el procés clínic. La interacció entre els ME dels pacients i els ME dels professionals és el component fonamental de l'atenció en salut. L'estudi dels ME dels professionals ens parlen de la manera com entenen i tracten ells la malaltia. L'estudi dels ME dels pacients i familiars expressa com doten de sentit ells un episodi d'aflicció i com escullen i valoren els diferents tractaments."

(Kleinman, 1980)

En el camp de la salut mental ens podríem fixar en aquesta noció de *models explicatius* a partir d'analitzar les diferències entre les propostes d'abordatge al pacient que es fan des de la psiquiatria i les que es fan en relació amb els subjectes del diagnòstic. Tant les unes com les altres s'erigeixen en dos models explicatius en relació amb el problema. Així, una anàlisi seguint aquesta tònica ens permetria un examen més detallat i equilibrat del que aporta cada estratègia al conjunt de la salut del subjecte. Per a Kleinman, els models explicatius es poden pensar en relació amb una sèrie de variables: etiologia, simptomatologia, fisiopatologia, curs de malaltia, tractament. Si bé es transparenta un biaix biologicista en la mateixa elecció dels temes, són pertinents en si mateixes a l'hora d'analitzar les diferents perspectives o models i són útils com un punt de partida a partir del qual es pugui començar a treballar.

5. Particularismes divergents entre narratives. Un cas

Aturem-nos breument en un cas concret que ens permetrà desxifrar les diferències entre l'aproximació i l'explicació d'una persona diagnosticada de problemes de salut mental sobre les seves circumstàncies particulars, i les plantejades per la biomedicina.

En Pau, autor del text que reproduïm a continuació, té quaranta-sis anys, forma part de Radio Nikosia i ha fet diversos escrits per analitzar i explicar el seu periple en el camp del patiment mental. El relat, que inclouré textualment, va ser part d'una emissió radiofònica el 2004. Li'n vaig demanar el consentiment i em va respondre que "si serveix per a alguna cosa, perquè uns altres vegin com són les coses des d'altres punts de vista, doncs endavant, per a això ho he explicat". Aquesta és, amb les seves paraules, la història del seu primer brot i del moment en què es va convertir en un "malalt mental". S'ha d'aclarir que les majúscules pertanyen a en Pau mateix; l'he transcrit tal com ell el va presentar:

Col·laboració per a Radio Nikosia

Tema: LA BOGERIA

Experiència/Data: 21-4-2004

La meva definició de bogeria: "LA BOGERIA ÉS UN MIRALL ESQUIU EN MANS D'UN PERFECCIONISTA IDIOTA COM JO"

En Pau amb només un dit de front (On no n'hi ha no en raja...!!!)

Hola, sóc en Pau Vidal Orinal, "boig oficial".

L'experiència que avui relataré sobre la bogeria parla d'alguns dels meus deliris, d'algunes de les creacions que la meva ment va fabricar per defensar-se d'un ambient hostil i despietat i que per les seves altes dosis d'extravagància em portarien amb el pas del temps a ser catalogat amb el cridaner diagnòstic d'esquizofrènic paranoide llunàtic psicòtic patètic. Per a mi no resulta gens agradable parlar d'aquestes experiències perquè van modificar severament el meu pensament, i em van deixar marcat per a tota la vida.

Encara que no m'agrada furgar en el passat perquè la cosa em dol molt, em prendré aquesta que serà probablement la meva última intervenció a la ràdio gairebé com un deure moral, com un testimoni que pugui ajudar algú que ha tingut conflictes semblants als meus a veure que no és ni de bon tros una *rara avis*. Tinc la completa certesa que el que em va passar en la infància i adolescència li ha passat a moltíssima gent i que encara avui els segueix passant. I si d'alguna cosa estic segur en aquesta vida és que el que em va succeir llavors no es va deure a tares congènites del cervell sinó que van ser respostes condicionades a un ambient social que em va ser hostil i que va vertebrar sibil·linament la meva ideologia despersonalitzada.

El meu primer deliri, si així se'n pot dir, el vaig tenir de molt jove, aproximadament quan vaig començar a anar al col·legi. Jo anava a un col·legi on no anaven nenes. Era un col·legi de capellans no mixt... Coses del *francisco franquisme*... Recordo perfectament allò que em va produir el primer impacte de consideració en la meua vida de criatura *apilacromos*. Va ser concretament sentir pronunciar la paraula *marieta*, acompanyada de mofes, burles i sornes de tota mena. Vaig pensar, quan vaig sentir dir aquesta paraulota amb la crueltat de barriada amb què la vaig sentir pronunciar, que

el pitjor que em podia passar en aquesta vida era ser allò, un “mariconàs de merda”, com sentia dir als grans amb solemnitat i una gràcia incomparable; també pel que comportaria d’estigma social. La meua estada al col·legi de primària recordo que ja es va veure molt afectada per aquest pensament i, encara que no ho manifestava, em preocupava més que cap altra cosa.

Però la cosa no va passar d’aquí fins que vaig haver d’enfrontar-me a les noies als catorze anys ja a l’institut de secundària. Llavors és quan ja em vaig cagar a les calces de manera definitiva.

Havia arribat l’hora de demostrar al món que jo era un mascle molt mascle i que per descomptat no era del ram de l’aigua... com se sol dir... i eren les noies l’“objecte” a través del qual ho havia de demostrar. Em vaig paraitzar. Estava cagat... Més cagat que un nyu al pol Nord... o que un tupè a l’Empordà. Havia de passar la prova del cotó fluix. Jo no podia ser de cap manera un “mariconàs”. Podia ser qualsevol cosa menys això perquè si així hagués estat hauria estat un complet empestat. Aquesta por que em turmentava d’una manera delirant i sens dubte infundada va impedir que em relacionés amb les noies amb la naturalitat que hauria estat desitjable. I encara que alguna d’elles em va robar el cor (la Marta Janer Villanueva sobretot) mai no em vaig llançar a la piscina perquè tenia una por atroç de no estar a l’altura com a subjecte sexual masculí. La meua por era fruit sobretot del desconeixement, ja que mai no m’havia relacionat amb cap noia. La meua educació catòlica clarament repressiva en matèria de sexe plena de tabús i prejudicis i regida per la idea de pecat també devia d’influir molt en aquestes pors que em torturaven.

Vaig passar sense pena ni glòria per l’Institut sense relacionar-me afectivament amb cap noia i molt preocupat veient com les relacions entre els adolescents eren gairebé una fotocòpia dels documentals de la naturalesa, on prevalia sempre la llei del més fort (“estaven tots com una cabra...”).

Vaig assistir perplex a l’espectacle de veure que en el circ de la carn aquell que representava millor el paper de gallet aconseguia invariablement posar el cascavell al gat; que el que sempre triomfava amb les noies era el típic depredador que lliga molt i que en última instància tot es reduïa a pura façana, que tot es basava en qüestions tan banals com l’aparença externa i estendre molt bé les plomes de *paó*. Tots aquests pensaments no crec que fossin del tot delirants, perquè crec que es recolzaven sobre bases empíriques bastant sòlides.

Vaig sobreviure enmig d’aquella selva com bonament vaig poder, però mai no vaig participar en aquell joc, probablement per la meua pròpia mediocritat i la meua extrema tímidesa. Però les coses no se’m torçarien de tota manera definitivament fins que vaig haver de posar-me ulleres per una maleïda incipient miopia. Vaig pensar que el fet de portar ulleres faria que les noies veiessin en la meua cara un matís poc masculí i que això m’apartaria d’elles per sempre. Pot ser que considereu que això era solament un deliri meu, però en aquella època adolescent recordo que la gent era molt cruel i que no era gens estrany sentir atribuir als ullerotes de merda certa falta de masculinitat. Em va imbuir la idea surrealista que amb ulleres les noies em veïen una cara *androginoide*, i això em turmentava en gran manera. Podria dir-vos que vaig canviar d’ulleres mes de quinze vegades, tractant de corregir aquesta percepció que tenia de mi mateix, però potser no em creurieu.

Recordo que estava molt tens, amb l’autoestima per terra...

Al cap de poc me’n vaig anar a la mili, totalment despersonalitzat i turmentat amb el meu aspecte exterior. El que em va passar la primera nit a la caserna jo d’alguna manera ja m’ho temia. Durant les *putadetes* de torn dirigides als reclutes que ens incorporàvem, vaig confessar a un dels veterans, amb la meua innocència de sempre, que jo no tenia xicotà i que fins i tot era verge, i aquell aprenent de pinxo amb aquella fatxenderia grotesca de *cardaendolls pixawhiskies* es va dirigir als seus companys de quinta i els va dir:

–Ho heu sentit, col·legues? Aquest paquet encara no ha follat. Deu ser un *mariconet*. Ja li veia jo la cara una mica de mariconàs. He, he, he!

L’insult d’aquell fill de puta em va destrossar.

Les pors que m’havien desestructurat en la infància es veïen ara de sobte materialitzades d’una manera molt bèstia en la meua pròpia pell. Em vaig mirar al mirall buscant-hi trets pels quals m’havien pogut dir allò. Finalment en vaig culpar les arrugues que tenia al front, reflex d’un tens esdevenir per la vida, de l’aspecte de poc home que segons sembla transmetia el meu rostre.

Vaig acabar de passar la mili com una poca cosa, com una desferra humana sense personalitat, i quan vaig tornar llicenciat a casa amb la blanca i en una acció que solament s'explica per la meva absoluta confusió i la meva desesperació extremes, vaig agafar una Gillette i em vaig obrir tot el front per fer desaparèixer aquelles "fastigoses" arrugues que, segons les meves cada vegada més fantasioses idees, treien masculinitat al meu semblant. Vaig sagnar amb estrèpit quan em vaig tallar literalment tot el front, i se'm va fer una crosta espectacular que va fer que embogís definitivament.

Vaig passar per moments límit. Estava totalment acorralat per la meva situació tant física com mental. No podia suportar veure'm aquell trauc espectacular al front que jo mateix m'havia fet. Però més que per la ferida pròpiament, per les motivacions que m'havien portat a fer-me-la. Pensava que tindria allò tota la vida. A més, com que no se'm cicatriçava ràpidament i com que no em marxaven les arrugues de cap manera perquè estaven molt marcades, m'ho tornava a obrir una vegada i una altra amb l'esperança que se'm cicatriçés més bé en l'ocasió següent. Allò va acabar convertint-se en un cercle viciós sense fi ja que cada vegada la cosa anava pitjor. A més, ningú no se'n va assabentar perquè ocultava la ferida superlativa amb un serrell. Em volia matar. Volia retirar-me de la circulació...

Un bon dia, i quan ja em rondaven pel cap idees clarament suïcides, em vaig posar a fullejar la Bíblia buscant alguna mena de consol al meu dolor existencial i per casualitat, encara que en aquells moments jo hauria jurat que havia estat per "causalitat", vaig llegir literalment en l'Apocalipsi de Sant Joan que els "marcats" al front eren elegits de Déu. Això ho podeu comprovar fàcilment llegint el text en qüestió si és que no em creieu. El meu quadre psicòtic va començar amb aquest episodi a prendre cos de manera definitiva.

No em va costar gaire considerar-me un elegit de Déu o alguna cosa semblant, en vista de les penoses tribulacions per les quals havia hagut de passar. Vaig pensar que Déu m'havia posat a prova com a Abraham. Vaig pensar que la sang vessada pel meu front hauria de redimir els pecats de tota la humanitat, o coses semblants, cada cop més extravagants. Vaig fer uns escrits totalment messiànics amb els quals volia salvar la humanitat. Quan la meva extravagància va arribar ja a quotes molt exagerades, els meus pares i el meu germà Jordi van decidir portar-me a urgències a l'hospital clínic de la meva ciutat, on vaig ser hospitalitzat immediatament. Aquí començaria la meva carrera com a malalt mental oficial. Als vint-i-dos anys. Encara que si haig de parlar amb propietat crec que la meva escissió ja s'havia produït molt abans; de fet quan vaig topar de cara amb el món sòrdid en anar a escola als sis anys.

M'acomiararé llançant una pregunta a l'aire per a la reflexió:

Creieu que els meus deliris o la meva bogeria van ser causats per un excés en el trànsit de les vies dopaminèrgiques del meu cervell o per l'ambient social hostil i mefistofèlic que vaig patir?

Crec que és bastant clar...

Pau Vidal

Afortunadament aquesta no va ser l'última intervenció d'en Pau a Radio Nikosia, encara que sí que va evidenciar un cansament, que va fer que espaiés les participacions, a causa sobretot del que implicava per a ell el fet de recordar allò que s'erigia en l'eix central del seu patiment i de tornar-hi a reflexionar: l'explicació de base "empírica" i "bastant sòlida", com deia ell mateix, sobre el que li va passar en aquells primers anys de la seva vida. En Pau recorda constantment, ho ha dit en més d'una oportunitat, que aquell moment en què es va sentir Jesús "va ser el més bonic de la seva vida, el període en què va trobar sentit a l'existència". En un programa de ràdio explicava el següent:

"En aquells moments de *trip* messiànic em veia totalment lúcid. El més lúcid del món. Encara que estava convençut de ser Jesucrist, també tenia en compte que podia estar equivocacat. Tot i això, l'experiència de ser el redemptor del món era tan màgica que em vaig deixar anar. Cada acte em feia créixer espiritualment. Mai en la meva vida no havia estat tan feliç. Mai no vaig ser, per estrany que sembli, tan jo mateix..."

En Pau recorda el temps posterior, el del primer ingrés psiquiàtric, com el pitjor de tots al llarg de la seva biografia. Amb les seves pròpies paraules, “el més patètic i miserable”. El seu relat ens obre altres preguntes. En un programa dedicat als psiquiàtrics deia el següent:

“[...] sóc prou puta per a veure venir el perill de lluny i evidentment poc després d’estar ingressat per primera vegada a l’Hospital Clínic ja vaig advertir de quin peu coixejaven la majoria dels zeladors que hi treballaven. I vaig comprendre que portar-se bé equivalia a ser bastant més ben tractat. Aquells esbirros zeladors amb els quals em vaig topiar eren gairebé tots gent molt rude, gent bastant dèspota, gent bastant primitiva. Gent sense gaires miraments que tractaven els interns amb una acusada mala llet, encara que tampoc no s’ha de generalitzar. La majoria d’aquells zeladors no eren allà precisament per motius humanitaris de cap mena, ni reunien característiques marcadament humanes. Eren assalariats a seques. Gent a la qual importava molt poc el que es maquinava allà dins...”

(Pau Vidal, Radio Nikosia)

Ara fa uns mesos, en Pau em va lliurar una mena de llibre autoeditat amb totes les seves col·laboracions a Radio Nikosia. Al final del text que hem transcrit, hi va posar una fotocòpia escanejada de l’informe clínic que es va fer després d’aquell primer ingrés. Amb el seu consentiment, vegem ara el que ens diu l’informe psiquiàtric de l’hospital:

L’informe psiquiàtric de l’hospital

“Informe d’assistència: Pacient de 22 anys, solter, natural de Barcelona, estudiant, que ingressa el 21-1-88 procedent d’UCIES. Per a estudi i tractament de quadre de característiques psicòtiques d’uns quants mesos d’evolució amb retracció social, conductes extravagants i, últimament, ideació autolítica.

Antecedents personals: Personalitat premòrbida: Tímid i més aviat introvertida, però sense excessives dificultats per a establir relacions socials.

Malaltia actual: Als 15 anys inicia canvi en el sentit de tornar-se més retret i poc comunicatiu, tossut i reservat. Fa un any inicia preocupacions dismorfòbiques a partir d’un possible herpes al front i s’arriba a automutilar, que van adquirint un matís més desproporcionat i inclouen disconformitat amb l’autoimatge. Progressivament augmenta la retracció social, tancament en si mateix i ocupació en temes com la música i els seus possibles significats especials. Aquests fets s’agreugen les últimes setmanes, coincidint amb la preparació d’unes oposicions i el posterior fracàs. El seu comportament es va fent més estrany i els últims dies verbalitza idees de suïcidi en relació amb continguts de revelació divina.

Exploració d’ingrés: Es destaca la perplexitat, ambivalència i presència de sentiments de despersonalització. Ideació delirant de tipus messiànic i angoixa en relació amb idees recurrents de tipus dismorfòbic per la presència de lesió irritativa frontal. El pensament flueix amb dificultat i hi ha una discreta inhibició psicomotora. No hi ha consciència de malaltia.”

Nota

No posaré el nom de l’equip d’assistència a fi de salvaguardar les dades sobre les quals no tinc permís de publicació.

L’informe desatén i exclou notablement els condicionants externs, els determinants a què feia referència en Pau. Deshistoriaritza el problema, fa desaparèixer tot component biogràfic i el transforma en un desajust relatiu a la química de l’organisme. No hi ha un intent de comprendre les circumstàncies que van portar a aquesta “disconformitat amb l’autoimatge”; s’esmenta l’herpes perquè aquesta va ser l’excusa que va donar en Pau a metges i familiars amb l’objectiu que els talls es comprenguessin en termes més lligats a les lògiques biomèdiques. Un acte de lucidesa. Tal com sol explicar en Pau mateix, “Si jo els hagués dit les raons del tall, m’haurien pres per més boig del que em van pren-

dre. Si els parlava d'un herpes, per a ells era segurament més comprensible el tall que m'havia fet". L'abordatge que fa el metge està relacionat directament amb la proposta terapèutica que proposa i determina. La proposta s'articula en aquest sentit. L'informe continua així:

S'instaura tractament amb Haloperidol (fins a 22,5 mg/dia), Tioridazina (fins a 400 mg/ dia) i Biperideno (4 mg/dia) i s'objectiva, al cap d'una setmana de l'ingrés, una remissió dels continguts esmentats, tot i que persisteix un rerefons molt sistematitzat en relació amb l'expansió dels missatges que constitueixen el nucli delirant. Els últims dies el pacient ha adquirit cert distanciament, i ha efectuat un inici de crítica dels aspectes esmentats. Segueix havent-hi una preocupació per la lesió frontal i el seu aspecte facial, però ha disminuït de manera considerable el grau de compromís cap a aquests temes.

Se'l dona d'alta, i es programa el corresponent control ambulatori.

O. D.: Esquizofrènia Paranoide (295.3, ICD-9)

O. T.: Haloperidol gotes LX-0-CXX

Meleril 200 Retard 1-0-1

Akineton 1-0-1

Signat: Cap del Departament o Servei. Dr.: XX.

INFORME DE ASISTENCIA	
Apellidos..... VIDAL PEREZ	Nombre..... Pau
Atendido por el Dr.	Departamento..... PSIQUIATRIA
Se informa al seu psiquiatra.....	Fecha..... 18-2-88
<p>Pacient de 22 anys, solter, natural de Barcelona, estudiant, que ingressa el 21-1-88 procedent de UCIIS, per a estudi i tractament de quadre de característiques psicòtiques de varios mesos d'evolució amb retracció social, conductes extravagants i, darrerament, ideació autolítica.</p> <p>Antecedents familiars: -mare en tractament psicofarmacològic per trastorn de característiques depressives. -trastorn epilèptic en tia materna.</p> <p>Antecedents personals: -xarrampió a edat infantil. Varicel·la als 19 anys. -absència d'hàbits tòxics. -personalitat premòrbida: tímid i més aviat introvertit, però sense excessives dificultats per a establir relacions socials.</p> <p>Malaltia actual: als 15 anys inicia canvi en el sentit de tornar-se més retret i poc comunicatiu, tossut i reservat. Fa 1 any inicia preocupacions dismorfofòbiques a partir d'un possible herpes al front arribant a automutilar-se, que van adquirint un caire més desproporcionat i inclouen disconformitat amb l'autoimatge. Progressivament augmenta la retracció social, tancament en sí mateix i ocupació del temps en temes com la música i els seus possibles significats especials. Aquests trets s'agreugen en les darreres setmanes, coincidint amb la preparació d'unes oposicions i el posterior fracàs. El seu comportament es fa més estrany i els darrers dies verbalitza idees de suïcidi en relació a continguts de revelació divina.</p> <p>Exploració d'ingrés: en destaca la perplexitat, ambivalència i presència de sentiments de despersonalització. Ideació delirant de tipus mesiànic i angouxa en relació a idees recurrents de tipus dismorfofòbic per la presència de lesió irritativa frontal. El pensament flueix amb dificultats i hi ha una discreta inhibició psicomotora. No hi ha consciència de malaltia.</p> <p>S'instaura tractament amb Haloperidol (fins a 22,5 mg./dia) Tioridazina (fins a 400 mg./dia) i Biperidè (4 mg./dia) objectivant-se, a la setmana d'ingrés, una remissió dels continguts esmentats, persistint però un rerefons força sistematitzat en relació a l'expansió dels missatges que constitueixen el nucli delirant. En els darrers dies el pacient n'ha adquirit cert distanciament, efectuant un inici de crítica dels aspectes citats. Segueix havent-hi una preocupació per la lesió frontal i el seu aspecte facial, però ha disminuït de forma considerable el grau de compromís envers aquests temes.</p> <p>Se'l dona d'alta, programant el corresponent control ambulatori.</p> <p>O. D.: Esquizofrènia Paranoide (295.3, ICD-9) O. T.: Haloperidol gotes LX-0-CXX Meleril 200 Retard 1-0-1 Akineton 1-0-1</p>	
V. B. El Jefe del Departamento o Servicio,	
EL MÉDICO	
Fdo.	Fdo.

Nota: informe d'assistència d'en Pau en un hospital de Barcelona. Hem tret la signatura del metge i el segell de l'hospital per preservar-ne la identitat.

La **teràpèutica**, com anem veient i anirem veient al llarg dels mòduls d'aquest text, se centra i **se centrarà de manera exclusiva en la dimensió farmacològica**, cosa que torna a posar en evidència la invisibilitat a què queden relegats els components biogràfics en termes significatius. El model biomèdic considera el patiment mental en tant que producte d'una alteració neuroquímica. Per a pal·liar aquest dolor, la proposta és generalment el subministrament d'una sèrie de medicaments que tenen l'objectiu d'eliminar o pal·liar la simptomatologia. Actualment aquests medicaments estan distribuïts en tres grans grups: els antipsicòtics, els ansiolítics i els antidepressius. Tots actuen sobre la dimensió del símptoma i la utilització d'aquests medicaments sol comportar una sèrie d'efectes no desitjables com l'augment de pes, la possibilitat de diabetis i d'arítmies, i un llarguíssim etcètera. És sabut que els efectes dels neurolèptics són molt difícils de predir; de fet, segons Ángel Martínez Hernáez, és un tipus de teràpia que té uns efectes semblants a les opcions que ens donaria "matar mosques a canonades". De totes maneres, el problema no està tant en la utilització com en les característiques d'un model que amb el pas dels anys s'ha anat articulant de manera exclusiva entorn de la utilització crònica i exclusiva d'aquests medicaments.

Aquí no neguem la pertinència dels neurolèptics, sinó que en qüestionem l'articulació en tant que metodologia única. Així, el problema no està en la possibilitat, de vegades necessària, del consum, sinó en el plantejament exclusivista biomèdic i definit de vegades erròniament com a curatiu. Els neurolèptics no curen, apaguen el símptoma, encara que és a partir d'aquí que es pot treballar la recuperació.

Per a Byron Good (2003), el cos malalt no és simplement "el objeto de cognición, de representación de estados mentales y la obra de la ciencia médica. Es al mismo tiempo un desordenado agente de experiencia". Ens explica el següent:

"Para algunos estados clínicos, la representación objetiva del cuerpo ha sido razonablemente útil a la medicina. Respecto a otros procesos en los que interviene la medicina –nacimiento o enfermedades crónicas por ejemplo– la abstracción de un mundo de objetos físicos y de procesos fisiológicos de los fenómenos sociales y significativos (parto, enfermedad) ha conducido a una forma racional pero muy distorsionada de la práctica médica. Y para otros estados, tales como el dolor crónico, la distinción entre el mundo de los objetos físicos y el de los estados mentales oscurece tanto la comprensión del fenómeno que lo convierte en prácticamente ininteligible. El dolor crónico desafía un supuesto básico de la biomedicina –que el conocimiento objetivo del cuerpo humano y de la enfermedad son posibles al margen de la experiencia subjetiva."

(Byron Good, 2003)

La narrativa, els sabers i les explicacions possibles de la persona, les seves reflexions entorn de l'etiologia mateixa del seu patiment constitueixen estratègies per a modificar la seva situació. "Crec que l'esquizofrènia podria ser una fugida endavant per a preservar el que hi ha en un mateix de sensible en un món sòrdid... I aquesta fugida que fem els esquizofrènics no és en cap cas gratuïta sinó al contrari, molt dolorosa", deia en Pau en un programa durant el 2007. I ell té les seves receptes obertes, les seves maneres de pensar sortides

possibles, però no són escoltades ni tingudes en compte com si formessin part de la possibilitat d'una millora. Això es fa més gràfic encara si ho relacionem amb el relat que va fer sobre el seu últim ingrés el 2007.

És un corredor de fons; sol explicar que la seva manera de bregar amb la bogeria resideix, més enllà del consum de psicofàrmacs i de la seva relació amb la música, en la possibilitat d'entrenar-se i preparar-se per córrer maratons. Llegeix Murakami i confessa una passió per aquest esport. Cada dia fa jornades d'entrenament de sis a vint quilòmetres. És això el que li permet, comenta sovint, tornar a casa i descansar, dormir. Malgrat trobar-se estable, en un moment determinat el seu psiquiatre va decidir canviar-li la medicació, sense que li donés, diu en Pau, gaires explicacions. El primer que va notar va ser una dificultat per a córrer; se li endurien les cames, els bessons, de manera que el nou psicofàrmac no li permetia fer els quilòmetres que solia fer. Llavors va decidir plantejar el problema al seu metge, parlar-li sobre la possibilitat de tornar a la medicació anterior. La resposta va ser negativa, no hi va poder negociar de cap manera. Amb paraules d'en Pau, el psiquiatre va desestimar el fet de córrer com un element determinant en el seu procés de millora. En Pau va tornar a insistir al cap d'unes quantes setmanes davant l'evidència que les noves pastilles continuaven impeding-li desenvolupar plenament la seva activitat. La resposta va tornar a ser negativa. Arran d'això, en Pau va decidir deixar pel seu compte la medicació. Del tot. Per poder córrer. La conseqüència va ser un brot que el va portar a un ingrés d'uns quants mesos en un hospital psiquiàtric de Barcelona.

Davant això, més enllà de suposar, o no, que el fet de córrer pugui generar beneficis en l'àmbit de l'anomenada *esquizofrènia*, la veritat és que per a en Pau entrava en el camp del que "feia sentir" per a ell, perquè era allò que l'ajudava a disposar d'unes eines que li permetien relaxar-se, trobar-se bé, l'ajudaven efectivament a dormir i a descansar. Al mateix temps, córrer era i és per a ell una de les poques maneres de frenar el diàleg intern permanent; diguem que, com sol dir Murakami mateix, córrer es pot pensar com una mena de meditació en moviment. "Quan corres només penses en el pas següent", diu en Pau, "en les cames seguint la línia". Ell sap la quantitat exacta de passos que fa en cada quilòmetre que es desplaça. Per a en Pau, córrer és una de les dimensions centrals de la seva biografia, preparar-se per a maratons és, en certa manera, una de les activitats que l'ajuda a viure. Per a ell, tal com va comentar en un text preparat també per a la ràdio, "els bojos són corredors de llarga distància. No els importa que la meta sigui lluny si val la pena arribar-hi... Pugen als cims més alts, baixen als avencs més profunds. Són passionals. Apassionants, luxuriosos que no volen luxes superflus". Byron Good ens recorda que tot problema no és una cosa que té lloc en el cos sinó en la vida. En la dimensió "molecular", en termes de Gramsci, és a dir, d'aquella unitat mínima de l'experiència vital al particular immediat, pres de la vida quotidiana (Pizza, 2005).

I Byron Good, per la seva banda, continua dient el següent:

Lectura recomanada

H. Murakami (2010). *De qué hablo cuando hablo de correr*. Madrid: Ed. Tusquets.

“La localización de un trastorno, en el mejor de los casos, dice poco acerca de por qué, cómo y cuándo ocurre. La enfermedad no sólo se produce en el cuerpo –en el sentido de un orden ontológico en la gran cadena del ser– sino en el tiempo, en un ámbito, en la historia y en el contexto de la experiencia vida y del mundo social. Afecta al cuerpo en el mundo. Y por esta razón he sostenido que las estrategias narrativas son básicas para entender la experiencia de la enfermedad...”

(Byron Good, 2003)

I en Pau no solament troba solucions o estratègies en la carrera per a estar més bé. És plenament conscient del que necessita en termes generals. En un altre text que va escriure, segons hi explica, en una experiència d'insomni sever, deia que la seva recerca vital se centrava en la possibilitat de desconnectar de certs influxos negatius i connectar amb un altre *jo* renovat. Deia això:

“Desconnectar: desconnectar de l'abúlia, del tedi. De l'odi a un mateix. O per a ser més exactes del no-amor a un mateix. Desconnectar de la por dels altres, del perfeccionisme malaltís que fa malbé els moments més màgics de la vida. Desconnectar de la xerrameca nerviosa sense esperança de sentir el ressò de les altres ànimes. Quedar-se callat. Callat per fi. Callat per a deixar d'estar mut. Tornar a sentir-se viu després d'haver vorejat una altra vegada el límit de l'abisme... Desconnectar per a poder tornar a connectar-me. Recuperar la il·lusió. Reconciliar-me amb la vida. Una altra vegada. I ja en són... Estar en plenitud després d'haver-me buidat del tot. Tornar a ser ploma i no dinosaure. Córrer més de cinquanta quilòmetres un matí de tempesta amb el cor ple amb l'única força de l'amor per paratges coneguts però verges... No esperar res i alhora esperar-ho tot. Tornar a ser alegre tenint-ne motius. Abandonar les màscares que en realitat potser no ho eren. Tornar a ser jo. Polièdric. Multiorgàstic. Multisensorial. Tornar a transgredir. A tenir sentit de l'humor. Tornar a creure en la humanitat. Tornar a creure en mi. Deixar l'autisme i intentar abraçar l'altrisme. Tornar a ser llaç i deixar de ser barrera. Tornar a ser esponja. Connectar.”

I no és la nostra intenció invalidar un saber o l'altre, sinó deixar constància que és en la conjunció i l'anàlisi de totes dues aproximacions, en les sinergies possibles entre sabers i experiències, que pot sorgir una profunda feina en salut.

Les dues definicions del problema, la del subjecte mateix i la biomèdica, no s'invaliden mútuament, sinó que s'erigeixen en dues cares possibles i necessàriament complementàries de fer front a un mateix problema. Dues cares que si no es construeixen des del reconeixement mutu s'erigeixen en fal·làcia terapèutica. No és cert que el mer fet de medicar el patiment d'en Pau li curi el dolor. Fa temps que la psiquiatria ha acceptat les seves limitacions en l'àmbit de la cura, o almenys les ha acceptades en termes teòrics, no en l'àmbit de les pràctiques quotidianes. De fet, ha assumit, com hem dit, que el gruix de la seva feina se centra en la disminució o l'eliminació parcial de la simptomatologia, però aquest dolor és un dolor que es produeix en les esquerdes, en les interseccions entre els organismes i les seves transicions socials i culturals. I és evident que tota aproximació s'ha de fer des d'un abordatge simètric de tots els factors que hi estan implicats. En cas contrari estaríem, o estem, produint una altra cosa, que de vegades és fins i tot contraproduent amb les mateixes lògiques que els dispositius de salut anuncien com les seves facultats i tasques.

Al mateix temps, és cert que en Pau necessitarà aquestes altres mirades externes, aquestes aproximacions que li podrien explicar allò que no veu, allò a què no té accés.

6. Sobre la concepció de la idea de salut

Sandra Caponi, en un text en què analitza les aportacions de Canguilhem (Caponi, 1997) a la discussió sobre la noció de *salut*, ens recorda que aquest objecte és aliè al camp del saber objectiu. És a dir, que la salut, en termes concrets, pot ser fonamentalment allò que el subjecte defineixi com a salut. No obstant això, Caponi, citant Canguilhem, diu que

“El reconocimiento de la salud como verdad del cuerpo, en sentido ontológico, no sólo puede sino que también debe admitir la presencia, como margen y como barrera, de la verdad en sentido lógico, o sea de la ciencia. Ciertamente, el cuerpo vivido no es un objeto, pero para el hombre vivir es también conocer.”

(Caponi, 1997)

No hi ha la noció científica de *salut*, diria Canguilhem, sinó que sempre és relativa al subjecte que l'enuncia; allò que per a una persona és salut per a una altra pot ser que no ho sigui. Així, no es pot parlar d'una salut global, excepte a escala molt general. Tanmateix, això no implica que no faci falta una definició que intenti abordar-la globalment, sinó que la terapèutica ha de sorgir entre aquesta aproximació a una concepció global i la definició individual. Fixem-nos, per exemple, en la definició que en dona l'OMS:

“La salud és un estat complet de benestar físic, mental i social i no la mera absència de molèstia o malaltia.”

Aquesta enunciació és, com a mínim, ambigua. Per exemple, no es pot definir la idea de benestar físic a escala global, si bé es poden suposar certes línies generals d'aproximació: el que és significatiu en termes de benestar per a un subjecte potser no ho és per a un altre. Amb aquesta concepció, el benestar es podria pensar com a relatiu als individus, és a dir, podem partir d'una idea aproximada, genèrica, del que és salut; de fet, la definició de l'OMS és per si mateixa aproximada, però necessitem la concepció particular a l'hora d'articular cada procés cap a un millor estar. En el camp del patiment mental, és cert que un dels elements de més complexitat és la **dificultat de definir la qüestió del dolor mental**. No hi ha, doncs, una aflicció orgànica, no hi ha una part del cos que “dolgui” específicament i que sintetitzi almenys la lògica d'aquest problema. El patiment mental pertany a l'àmbit de la interacció, és producte dels altres socials i és en relació amb els altres socials. Dol “ser” en el món. Al començament va ser definit com a malaltia, i malgrat que encara avui dia popularment és anomenat d'aquesta manera, la mateixa medicina ja ha modificat el concepte i el defineix com a trastorn. Així, un trastorn és, segons el DSM-IV,

“Un concepte que no té una definició operacional consistent que englobi totes les possibilitats, no existeix una definició de trastorn que especifiqui adequadament els límits.”

Nota

No és la nostra intenció fer un problema de la noció de *salut*. Per a una anàlisi a fons, consulteu el treball de Sandra Caponi Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud (Caponi, 1997).

És a dir, una categoria sense límits en els seus orígens epistemològics que, no obstant això, és assumida com a tancada i absoluta per bona part de les aplicacions pràctiques durant les transaccions clíniques. Com es pot definir des de la cronicitat un fenomen que els mateixos manuals de psiquiatria descriuen com un fenomen sense límits? Dit d'una altra manera: malgrat els nivells teòrics, s'assumeix aquesta condició de categoria oberta, amb els problemes i els inconvenients que se'n deriven; en l'àmbit de la pràctica, aquestes mateixes categories s'utilitzen amb la mateixa certesa amb què se solen manejar conceptes com *hepatitis*, *càncer* o *diabetis*. És a dir, com si es tractés d'un concepte clarament delimitat. Potser es podria plantejar que s'entreveu certa debilitat en les articulacions de les ciències psiquiàtriques evidenciada en la dificultat d'assumir els límits propis com a disciplina. Aquest fet, no es pot pensar com a conseqüència d'un trasllat conceptual exercit per la disciplina psiquiàtrica davant la necessitat que té d'afirmar-se en la condició de ciència biomèdica, de ciència dura? Una hipòtesi possible és que, en l'afany per reafirmar-se des del mateix lloc que ho faria la cardiologia, la psiquiatria trasllada la conceptualització orgànica biomèdica a l'àmbit dels problemes mentals, i és això el que es podria relacionar amb la dificultat de la disciplina d'obrir-se a la concepció multicausal del patiment mental.

En certs contextos psiquiàtrics se sol dir que els problemes mentals són crònics. Són per a tota la vida. El que no se sol assumir és que, d'una banda, el fet d'anunciar-los com a crònics no vol dir que ho siguin en si mateixos, sinó que potser hem d'admetre que encara no s'ha pogut accedir a un abordatge que permeti un benestar efectiu.

Plantejar la cronicitat s'hauria d'entendre en termes de la nostra pròpia incapacitat per a accedir a un model de comprensió del problema que aconseguixi més bons resultats. En canvi, en definir-la des d'aquesta cronicitat, situem la responsabilitat exclusivament en el subjecte sobre qui recau, en la disfuncionalitat inherent al seu organisme.

D'altra banda, si les estratègies fonamentals són les relatives al model biomèdic i, al mateix temps, anem veient que aquest tipus d'afllicció també és d'etiologia sociocultural, és comprensible la dificultat per a accedir al que es podria anomenar *cura*. És com si treballéssim amb afany en una única dimensió del problema mentre pretenem solucionar tota la complexitat del fenomen.

Reflexió

Altrament, què significaria la cura? Un benestar permanent? I davant això, quins subjectes diagnosticats o sense diagnosticar tenen un benestar permanent? És que l'existència no és també un vaivé entre processos i instàncies de salut i malaltia? Qui hi ha que no tingui malalties o trastorns en diferents etapes de la seva biografia? Què és la cura? Deixar de medicar-se i aconseguir certa estabilitat? Qui ho decideix?

En el camp de la salut mental hi deu haver professionals que defineixen la idea de benestar com l'absència d'un cert desequilibri dopaminèrgic, o com la remissió del brot psicòtic; conseqüentment amb aquesta idea, deuen suposar que la manera més bona d'abordar el fenomen és amb una combinació estudiada de psicofàrmacs. L'individu estarà probablement més tranquil, podrà dormir i tornar a casa; això, però, serà considerat totalment terapèutic per a ell? En Pau mateix sintetitza la seva posició en un text que va ser inspirat, segons explica, per les paraules d'un advocat de pacients psiquiàtrics anomenat Lawrence Stevens. Diu el següent:

"La majoria de les drogues psiquiàtriques, incloent-hi els medicaments per a dormir o tranquil·litzar-se, inhibeixen la fase de somiar, i indueixen a un estat que sembla somni però que en realitat és un estat inconscient sense somnis. Això és molt nociu per a la salut mental... Físicament i neurològicament aniquilen l'habilitat de pensar i actuar fins i tot en dosis comunes. Com que inhabiliten la gent, poden detenir gairebé qualsevol pensament o conducta que el terapeuta vulgui detenir. Però això és simplement deshabilitar la gent, no és teràpia. Si bé és cert que els neurolèptics alleugen l'ansietat psicòtica, el seu efecte tranquil·litzant aplanar fins i tot detalls de la personalitat com la iniciativa, la reactivitat emocional, l'entusiasme, la conducta *sexy*, l'estat d'alerta..."

El text continua i és, com a mínim, d'una eloqüència aclaparadora. Llavors podem suposar una similitud entre el que es defineix com a benestar des de totes dues perspectives, o sobre el que vol dir estar bé per a cadascuna de les aproximacions sobre un mateix patiment? D'aquí ens sorgeix una idea que és recurrent: la necessitat que tota articulació, en pro de produir salut, s'ha d'estructurar a partir de la consideració simètrica i desjerarquitzada de les diferents concepcions en joc. El benestar arribarà com a resultat d'un procés de trobada i acompanyament per part dels professionals i d'allò que és significatiu en termes de millor estar per a l'individu, d'una negociació i un diàleg obert entorn d'aquells elements propis del subjecte i d'aquells que no pot veure per diferents circumstàncies:

"Desde esta perspectiva la salud puede ser pensada como la posibilidad de caer enfermo y de poder recuperarse, como una guía reguladora de las posibilidades de acción. Lo normal es vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles."

(Caponi, 1997)

Podem pensar, recordant una altra vegada David Laing, que en vista de la realitat orgànica, psíquica i sociocultural dels problemes mentals hi ha una dimensió biològica en què l'abordatge respondria més a les eines de la medicina, hi ha una dimensió sociocultural en què l'abordatge es vincularia a eines de les ciències socials i hi ha una altra dimensió subjectiva en què l'aproximació seria territori de l'individu mateix. Aquests tres aspectes s'han de pensar com a parts interactuants entre si, separables només en termes teóricoanalítics però indivisibles en la realitat dels fenòmens.

Així, per a nosaltres, el trastorn ja no seria el brot, sinó que estaria representat per les dificultats del subjecte per a tornar a ser en tant que la seva pròpia normalitat. La salut, allò que considerem com a resultat de la interacció i el diàleg.

Glossari

antropologia mèdica *f* Antropologia que, en termes de Cecil Helman, “estudia les formes en què les persones, en diferents cultures i grups socials, expliquen les causes dels seus problemes de salut, els tipus de tractaments en què creuen i a qui recorren quan pateixen. També és l'estudi de la manera com es relacionen aquestes creences i pràctiques amb les alteracions biològiques, psicològiques i socials en l'organisme humà tant en la salut com en la malaltia. L'antropologia mèdica, finalment, és l'estudi del patiment humà i de les etapes per les quals passen les persones per a explicar-lo i alleujar-lo” (Helman, 2009).

disease *f* Categoria que fa referència a la concepció biomèdica sobre els processos de salut i malaltia.

illness *f* Categoria que es vincula a l'aproximació i la significació que els individus afectats produeixen en relació amb el seu propi patiment.

model biomèdic hegemònic *m* Model relatiu a l'esquema sobre la salut que impera globalment i que s'ha instal·lat com la manera “natural” d'aproximar-se als processos de salut i malaltia. Eduardo Menéndez el defineix a partir d'una sèrie de característiques, algunes de les quals intentarem analitzar breument en la materialització que tenen en el camp de la salut mental: biologicisme, ahistoricitat, mercantilisme, jerarquització, eficàcia pragmàtica.

models explicatius *m pl* Categoria elaborada per l'antropòleg i psiquiatre Arthur Kleinman. “Els models explicatius (ME) són les nocions sobre un episodi de malaltia i la seva possible terapèutica que són emprades per tots els involucrats en el procés clínic” (Kleinman, 1980).

sickness *f* Categoria que es refereix al condicionants socials, econòmics, polítics i ambientals que determinen els processos de salut i malaltia.

Bibliografía

- 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.
- Farreras, C. (2011, 23 de novembre). La soledad puede matar en la vejez. *La Vanguardia*.
- Ferrater Mora, J. (1965). *Diccionario Filosófico*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Geertz, C. (1973/2000). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Harris, M. (1983). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza.
- Helman, C. (2009). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- 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. *Psiquiatría transcultural* (pp. 13-35). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Levi-Strauss, C. (1999). *Raza y Cultura*. Madrid: Altaya.
- Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Menéndez, E. (1984). *El Modelo Médico Hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud* [disponible a l'Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 3]. Mèxic: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. (1992). *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. A R. Campos (Comp.), *La antropología médica en México* (tom 2, pp. 9-24). Mèxic: Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69. Mèxic.
- Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. A *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (pp. 25-72). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, Eduardo L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores [document en línia]. *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32.
- 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).
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto* (cap. 5). Barcelona: Ariel.
- Scheper-Hughes, N. (2005). El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia social en el tráfico de órganos [document en línia]. *Revista de Antropología Social*, 14, 195-236. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83801408>