

Dels sabers profans i d'aquells territoris des d'on es pot articular l'àmbit comunitari

Martín Correa-Urquiza

PID_00192054



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

Índex

Introducció.....	5
Objectius.....	6
1. Nous territoris d'acció i escolta social.....	7
2. Sabers profans, estratègies possibles.....	11
3. Models d'autoatenció.....	17
4. De recuperacions possibles.....	19
5. Desemmalaltir identitats.....	24
6. Alguns exemples que passen.....	27
7. El cas d'una ràdio.....	29
8. Una experiència internacional.....	34
9. Conclusió.....	36
Glossari.....	39
Bibliografia.....	40

Introducció

La legitimació del saber profà, propi, local, subjectiu de les persones que han passat una experiència de patiment mental forma part de les grans omissions de la història de la salut mental. En aquest mòdul intentarem analitzar conceptualment aquest tipus de sabers com a necessàriament constitutius del concert de perspectives que construeixen el coneixement sobre el tema. Al mateix temps, analitzarem les dinàmiques relatives a les pràctiques internes dels serveis de salut mental, mentre examinem el funcionament d'una sèrie de dispositius que, sense articular-se des d'una lògica terapèutica, es transformen en una opció necessària per a la recerca d'un millor estar en els afectats. En plantejar això, no és la nostra intenció desestimar la feina o la pertinència de les ciències biomèdiques i les tecnologies relatives, sinó potser suggerir que el patiment mental requereix alhora una aproximació que vagi més enllà de l'àmbit clínic i orgànic, cosa que ens proposa el desafiament intel·lectual d'elaborar eines d'acció en l'àmbit comunitari amb l'objectiu de crear territoris i pràctiques d'inclusió que incorporin el subjecte com l'eix real de participació.

Un dels riscos, com a professionals, resideix sempre en la possibilitat de transformar-se en part d'un procés sobre el qual hem abandonat tota reflexió crítica. A passar a ser en tant que baules d'una successió d'estratègies predefinides i protocol·litzades que acaben per fossilitzar les funcions i neutralitzar tota noció de sentit entorn de la feina que es fa. Com a treballadors en l'àmbit de la salut mental, no solament hem de comprendre el funcionament dels models i les estructures existents, sinó aprendre i entreveure la possibilitat de transformar-les, de recrear-les per continuar avançant, adaptant-les a les noves circumstàncies que s'aniran presentant. Parlem, també, d'una feina deliberativa sobre els aspectes teòrics i pràctics que ens permetria com a individus redescobrir permanentment el significat de la nostra feina. Per aquesta raó, aquí no farem un recompte i resum de les ocupacions relatives a l'activitat dels dispositius d'atenció actuals en l'àmbit de la salut mental. El que ens proposem és contribuir al replanteig del posicionament i dels instruments teòrics que fan l'abordatge del tema; de vegades parlarem d'aproximacions complementàries amb els dispositius i les tecnologies existents i establerts des de les institucions oficials, i de vegades analitzarem breument alguna de les pràctiques que intenten anar més enllà dels esquemes definits des d'aquestes instàncies. La nostra intenció aquí és obrir-nos a la possibilitat d'elaborar altres maneres i vies de pensar els problemes mentals en totes les dimensions que tenen i actuar a partir d'aquestes. Estils de pensar que ens ajudin a continuar obrint portes cap a altres sortides possibles. La reflexió crítica constant no és altra cosa que el punt de partida per a l'avenç cap a la construcció compartida d'un model més flexible, equilibrat i productiu de salut.

Objectius

1. Analitzar les nocions de saber profà, *habitus*, ajustos secundaris.
2. Estudiar les possibilitats articuladores de benestar que brinden els sabers propis dels afectats.
3. Examinar els mecanismes d'ocultació que no ens permeten, com a professionals, percebre les possibilitats terapèutiques del coneixement profà.
4. Analitzar, com a professionals, la importància de l'anàlisi i la reflexió crítica permanent a l'interior dels processos i dispositius de salut mental.
5. Estudiar breument algunes de les transformacions encara necessàries a l'interior dels dispositius de salut mental.
6. Examinar breument el funcionament i els "beneficis" d'un tipus de dispositius en què es treballa la salut mental més enllà de tota dimensió clínicoterapèutica i en interacció constant amb l'àmbit comunitari.
7. Analitzar breument algunes pràctiques d'interacció i integració en la comunitat, territoris de trobades entre societat i bogeria.

1. Nous territoris d'acció i escolta social

“Hem d'intentar trobar la nostra estabilitat emocional encara que sigui a força de petites tretes que no confessem als altres. O sí.”

(Pau Vidal, Radio Nikosia)

L'esquema assistencial actual en el camp de la salut mental està basat en una sèrie de **tecnologies terapèutiques** que afirmen que posen l'èmfasi en els aspectes clínics i comunitaris. Hem d'aclarir que quan diem *tecnologies terapèutiques* ens referim a tot allò que es desenvolupa com a forma de cura envers les persones, i més específicament envers els diferents dispositius que es poden desenvolupar en salut mental, com ara les maneres d'intervenir, no solament a escala macro sinó també en relació amb les formes possibles d'*estar* i intervenir en l'àmbit de les pràctiques quotidianes.

En el territori espanyol, seguint el model epistemològic que guiava la reforma psiquiàtrica, l'esquema de la salut mental –amb les variants relatives a cada comunitat o regió– es va desenvolupar a partir de la necessitat no solament de tancar els hospitals com a espais de contenció, sinó des del compromís de dissenyar i posar en funcionament tot un seguit de dispositius per a la comunitat i amb la comunitat que permetés als afectats un accés a la salut en tant que ciutadans. Aquesta reestructuració s'havia de fer sobre **dos principis** executors fonamentals:

1) Un reordenament de les pràctiques i del territori, que inclogui la deslocalització de la terapèutica dels àmbits hospitalaris i la creació de diferents tipus de serveis comunitaris que facin front a la demanda creixent de tractar el patiment mental en els diferents estadis o moments que té.

2) La necessitat de desconstruir la mirada social, l'estigma, que hi havia i hi ha en relació amb la bogeria, a fi que aquella feina de deslocalització es pogués dur a terme en condicions tan òptimes i fluides com es pogués.

Com hem vist en mòduls anteriors, però, allò que al començament es va plantejar com una necessitat es va anar quedant de mica en mica en un oblit posat en evidència mitjançant diferents aspectes:

a) Els psiquiàtrics han deixat de ser l'eina principal en el procés del tractament i han estat suplantats en gran manera per la psicofarmacologia i les dinàmiques del tractament ambulatori; no obstant això, encara queda molt lluny el dia en què siguin descartats definitivament com a tals. Això no vol dir que ha de deixar d'haver-hi espais d'internació o tractament de llarga estada, sinó que al nostre entendre, com hem vist, s'han de crear un altre tipus de recintes oberts amb altres lògiques i altres maneres d'aproximació al problema, o si no,

s'han de reconceptualitzar i reeditar a fons els que ja hi ha. És a dir, el que hauria de ser objecte de qüestionament són els ambients encara dominats per certa lògica de coerció com la que preexisteix en la gran majoria d'hospitals d'aquest tipus. Tanmateix, som en un moment en què s'ha tornat a naturalitzar, a veure's com un mal menor necessari, l'existència d'aquesta classe de tecnologies, moltes de les quals encara mantenen i defensen, per exemple, l'electroxoc o teràpia electroconvulsiva com a pràctica "terapèutica".

b) La psicofarmacologia s'ha erigit en el pilar central al voltant del qual giren la resta de pràctiques i propostes. I sobretot s'ha instituit com a columna inamovible, inqüestionable i permanent. Això, com hem anat dient, no implica negar la pertinència dels neurolèptics en circumstàncies i moments específics, sinó que el problema està en l'articulació d'una terapèutica centrada exclusivament en aquesta dimensió, i relega totes les altres pràctiques i perspectives a un àmbit de subalternitat. Al mateix temps, hem dit, es percep una mena de submissió de la resta de disciplines a la psiquiatria, no solament de les psi, sinó d'altres com infermeria, treball social, educació social o antropologia. Hi ha com un cert *laissez faire*, perquè sempre ha estat així, perquè les peces que s'han de mobilitzar en cas de canvi són massa grans i estructurals, etc.

c) Els nous dispositius assistencials comunitaris corren el risc de reproduir (Correa-Urquiza *et al.*, 2006) les mateixes pràctiques pertanyents al model asilar. Pràctiques caracteritzades per una protocol·lització excessiva dels vincles i les terapèutiques, per una permanent articulació jeràrquica d'aquestes mateixes relacions, per la impugnació sistemàtica de la subjectivitat dels afectats en tant que productors d'un discurs legítim en relació amb el seu propi procés de recuperació; en definitiva, per la inexistència de qualsevol mena de simetria o complementarietat en el moment de definir els itineraris terapèutics.

d) En la feina per la desconstrucció de l'estigma, l'esforç per posar en pràctica campanyes i processos de sensibilització que promoguin la "trobada" necessària entre societat i bogeria ha estat mínim. No és difícil de comprendre que, en un model en què prevalen els aspectes medicamentosos i una concepció essencialista i orgànica sobre el patiment mental, l'estigma i els patiments que en deriven ocupin un lloc secundari en l'escala de prioritats. La falta de creativitat en aquest camp ha fet la resta de la feina.

Avui la continuïtat de la reforma requereix noves consideracions que obrin el seu àmbit d'exercici a la participació civil i a l'acció comunitària. Per tant, el fet d'afrontar la situació actual implica una feina que, partint de la utilitat i la legitimitat inqüestionable de la lògica de serveis sanitaris com ara centres de dia, hospitals de dia i centres d'inserció laboral, intenti anar més enllà i elaborar nous instruments i estratègies en el marc de l'acció comunitària. Treballar en salut mental requereix avui aprendre a desenvolupar una capacitat de creació que ens ajudi a generar permanentment noves maneres d'abordar les dificultats que es plantegen en l'àmbit de les interseccions entre teoria i pràctica. Les fórmules i els paradigmes actuals ens serveixen com a punts de partida, igual

que la majoria dels dispositius que ja funcionen; no obstant això, la intenció és elaborar altres dimensions d'aquesta tecnologia que ens permetin la flexibilitat necessària per a fer front a aquestes altres situacions que es configuren constantment en el camp de la salut mental. Avui s'han d'articular tecnologies prou "plàstiques", "elàstiques", perquè ens permetin satisfer les necessitats canviants i específiques de les persones en aquest terreny. Així mateix, tota promoció de la ciutadania i la construcció de la terapèutica en salut mental s'ha d'articular a partir de la mateixa experiència i de les particulars capacitats de creació tant dels treballadors de la salut com dels afectats mateixos.

Reforma

Com hem vist breument en el mòdul primer, avui l'estructura es basa en unitats com els Serveis d'Atenció Específica, els Serveis d'Hospitalització Parcial o els Serveis de Rehabilitació Comunitària, definits amb l'objectiu d'atendre la demanda social. No obstant això, el que es va decidir al seu moment en la planificació derivada d'aquella conferència d'Hèlsinki es va anar truncant en el camí cap a la concreció en l'àmbit de les pràctiques. Hem dit, també, que el que ens falta qüestionar a les grans institucions responsables de les polítiques generals en aquest camp és la falta notable d'una planificació, observació i acompanyament més grans de la materialització en l'àmbit quotidià i efectiu d'aquelles idees proposades a escala macro. Recordem el que s'ha dit: no és solament qüestió de plantejar la idea i aplaudir-la; la construcció i la consolidació del model no pertany exclusivament a l'àmbit dels enunciats i les definicions, sinó que es consolida en la praxi quotidiana. Un model no és sense les pràctiques que el fan efectiu; allà resideix la coherència d'aquest model. En cas contrari és una escenografia de si mateix, una declaració d'intencions, un punt mort agreujat per la falsa sensació del deure complert.

Ara, davant d'aquesta realitat i més enllà de la feina sobre l'estigma, els camins que es fan inevitables avui en dia són dos. Inevitables amb un alt nivell d'urgència, sobretot, si realment el que s'intenta és arribar al punt en què el model epistemològic mantingui certa coherència amb els usos quotidians, i si el que es busca és tirar endavant el que se sol anomenar *postreforma*, que aquí es estimaríem més anomenar *reforma*, a seques, ja que considerem que la iniciada a Espanya el 1986 va ser, sí, un avenç en termes estructurals, va ser, sí, una feina de canvi important orquestrada a partir de diverses figures de renom en el camp i milers de professionals de bona fe i més bones intencions, però que en els últims anys no ha fet sinó estancar-se i retrocedir. I quan parlem de dos camins fem referència, d'una banda, a l'oportunitat de treballar per la transformació de les lògiques d'aproximació al patiment mental, que encara de manera residual reproduïen les velles lògiques dels antics manicomis. És a dir, és hora que la modificació de les estructures i els dispositius d'atenció estigui acompanyada d'un gir profund en els mètodes que guien la pràctica a l'interior d'aquests serveis –anomenats *territoris* en l'apartat anterior. D'altra banda, al·ludim a la possibilitat d'elaborar uns altres tipus de dispositius col·lectius que s'adaptin a les demandes; nous dispositius d'escolta i acció social que funcionin dins de la comunitat des de lògiques relatives a l'àmbit comunitari. Això implica, com hem vist, que el subjecte accedeixi a l'oportunitat d'abandonar els seus estatus i rols de pacient, de malalt mental, per a tornar a ser fonamentalment persona, per a accedir a l'opció de rearticular la seva identitat, de decidir què, qui i de quina manera vol editar i reestructurar la seva presència social. El seu lloc en el tot col·lectiu. Això últim no es pot fer efectiu sense una feina d'incorporació i legitimació de les narratives i la subjectivitat dels afectats en el cos teòric de l'aproximació al patiment

mental i específicament en el de la construcció dels seus particulars itineraris terapèutics. D'aquest coneixement que dóna l'experiència del patiment en el propi cos, d'aquesta saviesa que hi ha i es fa efectiva en diferents circumstàncies malgrat les lògiques de negació de què és objecte, n'hem dit, en una altra ocasió, *sabers profans* (Correa-Urquiza, 2009). Analitzem breument aquest punt, que és el nostre punt de partida.

2. Sabers profans, estratègies possibles

En el primer mòdul hem vist breument que segons Antonio Gramsci el patiment psicològic és el resultat de la incorporació dels conflictes actuant en les relacions de força que regulen l'experiència social. La neurosi, per exemple, és entesa per l'autor com un procés d'incorporació de les contradiccions històriques determinades per les relacions de força. El cos és el terreny d'un conflicte d'hegemonies (Giovanni Pizza, 2005). És a dir, una esfera d'oposicions complexes entre les possibilitats d'aplicació pràctica de la mateixa subjectivitat i el que determina l'entorn social. En el que hem anomenat *bogeria*, el patiment es pot veure també com aquesta conseqüència d'habitar aquest mateix tipus de contradiccions. Garcés, un dels integrants de Radio La Colifata, la primera emissora al món feta des d'un hospital psiquiàtric, a Buenos Aires (Argentina), solia dir durant les emissions que "tinc la gran intriga de la meua vida i és saber si m'he de curar o he de fer la revolució justificant la meua pròpia bogeria".

El que hem dit no nega ni afirma la possible existència de factors orgànics en l'etiologia del problema; aquí el cas no és aquest, sinó que només situa l'atenció en l'aspecte sociocultural evident del problema. Així, si partim d'aquesta base, no és complex deduir que una part important de la terapèutica, o de la generació d'un benestar, es troba en la possibilitat de destensar, de desarticlar aquestes mateixes forces actuant en tant que matriu de conflictes. És clar que l'existència mateixa, la vida mateixa, és en part una coexistència amb el conflicte; no obstant això, podem dir que hi ha unes graduacions, unes intensitats que poden resultar més determinants de malestar que unes altres. Al mateix temps, sabem que en habitar l'obstacle o la dificultat els subjectes elaboren i articulen tot un seguit d'eines, d'estratègies per fer front o suportar la situació. Davant de tot procés de salut o malaltia es creen i despleguen diferents tipus de models d'autoatenció (Menéndez, 2009), els individus generen pràctiques relatives a les seves maneres de fer davant de les circumstàncies; d'aquests sabers, d'aquestes maneres de conjugar sabers que s'erigeixen en un saber en si mateix, aquí en direm *sabers profans*. Parlem d'una mena de perícia de la qual els subjectes no sempre són necessàriament conscients, ni de l'existència d'aquesta perícia ni –de vegades– de la realitat o efectivitat d'aplicar-la. És a dir, malgrat que existeix en una dinàmica de negació constant de la seva subjectivitat, la persona que ha estat diagnosticada d'algun problema mental elabora i posa en pràctica una sèrie fluctuant d'eines i estratègies d'aproximació i millora –ajustos secundaris– que tenen una relació directa amb els seus coneixements sobre la seva vida i els seus patiments. Parlem de pràctiques que viuen ocultant-se, que es fixen més en una lògica de depassament, en el sentit que emergeixen malgrat l'opressió, la negació de què són objecte. I a quina mena d'opressió ens referim? En mòduls anteriors hem detallat totes aquestes instàncies de deshistoriarització, estigmatització, deslegitimació, consideració en tant que malalt absolut, etc., és a dir, totes aquelles

accions que s'exerceixen sobre els subjectes de la bogeria que no tenen a veure amb una operació de violència explícita sinó amb un tipus de coacció subtil en l'àmbit de les relacions quotidianes: clíniques, familiars, socials. Així, més enllà de la situació viscuda, la persona manté i posa en pràctica un coneixement que és actiu i produeix resultats en l'àmbit de l'efectivitat. És un saber profà definit així per oposició als anomenats *sabers experts* que dominen la teoria i la pràctica entorn del patiment mental. Són sabers que d'alguna manera profanen, ja que es manifesten com una mena d'heretgia del coneixement en relació –de vegades– amb el dogmatisme autocentrat del pensament científic. La noció d'*habitus* definida per Pierre Bourdieu ens pot ajudar a comprendre aquesta idea. El sociòleg la defineix en tant que producte de la història que produeix pràctiques individuals i col·lectives (Bourdieu, 1991); és un saber que deriva de la condició, la situació i la vivència d'un context i les seves experiències. En un assaig anterior hem dit el següent:

“Un saber no necesariamente racionalizado o transformado en estrategia aunque sí, un saber específico que puede ser potencialmente estrategia. La idea de estigma, por ejemplo, bien puede ser una categoría abstracta, un objetivo a de-construir, el *target* de una campaña publicitaria digitada desde las esferas de las políticas de salud pública... Pero en el sujeto que es objeto de ese estigma es la materialización de un tipo de vivencia cotidiana, de realidad empírica que afecta; es un dolor omnipresente para el cual se diseñan constantemente estrategias de supervivencia. Una aflicción que es el resultado del propio accionar en la diferencia y de las percepciones sociales que el entorno tiene sobre esa diferencia. Todo ese *estar* genera *habitus* y define un *habitus* que es, a la vez, un saber posible que determina e implica actitudes que pueden pasar a articularse como herramientas con potencial capacidad operativa.

El saber de la experiencia, que es desde donde puede articularse esa noción de sentido, es, a mi entender, un saber que podría interpretarse como la *dimensión activa, inquieta*, quizás no necesariamente consciente, del *habitus* trabajado por Pierre Bourdieu. Es decir, lo producido por aquellos «condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia».”

(Correa-Urquiza, 2009)

En l'apartat anterior hem vist que Goffman ens parlava d'un altre concepte que ens fa un gran servei: “ajustos secundaris” (Goffman, 1988). L'autor, hem dit, es refereix a les accions que tenen a veure amb un altre saber propi i que “representan vías por las que el individuo se aparta del rol y del ser que la institución daba por sentados a su respecto” (Goffman, 1988). Així, es tracta de tot allò que fa la persona més enllà del que se n'espera en tant que pacient o malalt mental, però que té una relació estreta amb la recerca d'un millor estar. Això, alhora, es podria lligar amb la noció gramsciana d'*agency*, és a dir, d'aquella capacitat d'actuar dels individus. Els subjectes, amb independència de la seva realitat, disposen d'una capacitat per a actuar en un sentit o un altre, i és aquesta capacitat la que es torna necessària de reconèixer en els afectats. És a dir, per més que siguin tractats a partir d'aquestes premisses de malaltia total, disposen d'eines i capacitats per a fer front, almenys en certs aspectes i de manera parcial, als seus processos. En Pau, col·laborador actiu de Radio Nikosia, va escriure el següent per a una intervenció en l'emissora:

“Som un grapat de desitjos i aspiracions i la majoria no es podran satisfer. Desitgem ser estimats, reconeguts, reconfortats, acceptats. Però tots aquests desitjos van acompanyats d'una por profunda i molt arrelada de no poder aconseguir les nostres expectatives, una gran por de la frustració. Desitgem de tot cor ser estimats i respectats però la majoria de vegades topem amb l'obstacle més infranquejable de tots els que hi ha: nosaltres mateixos... Quan ens assolim les inseguretats comencem a veure-ho tot negre. El camí es torna ombrívol. Qualsevol situació ens torba i se'ns ennuvola el raciocini. Sembla que estiguem a mercè del destí... Hem de començar primer de tot per estimar-nos a nosaltres mateixos sense comparar-nos amb els altres, posar-nos en mans del torb. Trobar dreceres per les quals puguem transitar cap a la llum. Hem d'intentar trobar la nostra estabilitat emocional encara que sigui a força de petites tretes que no confessem als altres. O sí.”

(Pau Vidal, Radio Nikosia)

Per contra, hem dit, l'esquema d'atenció en salut mental s'estructura, moltes vegades, sobre la idea que la persona diagnosticada no està en condicions de parlar o dir per si mateixa. No disposa d'eines per a capgirar la seva situació. Això ho podem pensar vinculat directament a dos fenòmens: d'una banda, al fet de la nostra consideració sobre ell en tant que malalt total o absolut, i de l'altra, a la possibilitat que no disposem de les eines per a descriure aquest coneixement, és a dir, no el veiem perquè no el comprenem en els termes mitjançant els quals comprenem generalment la terapèutica. Per a nosaltres, com a professionals, el millor estar del subjecte està supeditat a una sèrie de pràctiques i tecnologies sobre les quals hem pres coneixement al llarg de les nostres carreres, i és complex, però no impossible, pensar en la possibilitat que hi hagi eines d'utilitat o efectivitat dins d'uns individus la realitat dels quals és justament que han estat diagnosticats de problemes de salut mental, “que són bojos”. Encara que no ho pensem així, de vegades, actuem com si ho donéssim per fet. Com que desconeixem aquesta subjectivitat, aquest coneixement, transformem la persona només en receptora d'una episteme que –en principi– no li pertany.

Lévi-Strauss, un dels pares de l'estructuralisme francès i de la disciplina antropològica, fa una reflexió que ens pot fer servei per a comprendre aquest últim punt de què tractem. A comanda de la Unesco, cap al 1952 va fer un assaig entorn de les cultures, les races i les percepcions socials sobre les suposades diferències que tenien en els graus de desenvolupament al llarg de la història. Lévi-Strauss diu que es pot pensar que no hi ha cultures menys desenvolupades que d'altres en termes globals, però que sí que hi ha cultures o societats que s'han desenvolupat d'una manera diferent de la nostra, posant l'èmfasi, per exemple, en altres elements que els relatius als que percebem com "els nostres" avenços en la societat occidental. L'autor no desmereix ni nega els progressos científicotecnològics d'Occident, sinó que intenta advertir sobre la fal·làcia de definir o conceptualitzar tot avenç o tot progrés només en els termes en què nosaltres entenem el progrés. Per a ell, abans de qualificar d'inamovible o estacionària una cultura, ens hauríem de preguntar si aquesta immobilitat suposada no deriva de la ignorància en què ens trobem sobre els seus interessos vertaders. En paraules de Lévi-Strauss:

“La distinción entre las dos formas de historia, ¿depende de la naturaleza intrínseca de las culturas a las que se aplica, o no resulta de la perspectiva etnocéntrica en la cual nos situamos siempre nosotros para evaluar una cultura diferente? De ese modo, nosotros consideraríamos como acumulativa toda cultura que se desarrollara en un sentido análogo al nuestro, o sea, cuyo desarrollo tuviera significado para nosotros.

Mientras que las otras culturas nos resultarían estacionarias, no necesariamente porque lo sean, sino porque su línea de desarrollo no significa nada para nosotros; no es ajustable a los términos del sistema de referencia que nosotros utilizamos. Que tal es el caso, resulta de un examen incluso somero, de los individuos o grupos, en función de la mayor o menor diversidad de sus respectivas culturas. [...] Cada vez que nos inclinamos a calificar una cultura humana de inerte o estacionaria, debemos preguntarnos si este inmovilismo aparente no resulta de la ignorancia que tenemos de sus verdaderos intereses, conscientes o inconscientes, y si teniendo criterios diferentes a los nuestros, esta cultura no es para nosotros víctima de la misma ilusión. Dicho con otras palabras, nos encontraríamos una a la otra desprovistas de interés simplemente porque no nos parecemos.”

(Lévi-Strauss, 1999)

Lectura recomanada

C. Lévi-Strauss (1999). *Raza y Cultura*. Madrid: Altaya.

Sobre aquest tema i portant-lo al terreny que ens concerneix, és que no és factible de suposar, en els sabers experts, l'existència d'una mena d'etnocentrisme evitable en la concepció sobre els problemes mentals? És a dir, que ens hauríem de preguntar constantment com a professionals si el fet de veure com a vàlid, legítim i efectiu només allò que respon als nostres models teoricoacadèmics no fa en part una concepció parcial i en certa manera iniqua en relació amb les significacions del patiment mental. Dient això no diem que els sabers experts no disposin d'un coneixement especialitzat i necessari en la matèria, de cap manera, sinó que a l'hora d'abordar el fenomen hauríem de posar en conjunció tota la suma de sabers existents amb l'objectiu d'accedir a una comprensió que estigui a l'altura de la complexitat inherent a la qüestió del patiment mental. Això inclouria tenir en compte altres coneixements que potser, no solament de vegades no estem disposats a reconèixer per qüestions de corporativisme o diferències conceptuals o de paradigmes, sinó que potser de vegades no estem en condicions de comprendre i per tant de percebre. No hi ha lloc per a l'escolta cap al subjecte de la bogeria perquè socialment no hi ha la percepció que el boig tingui res per explicar.

Al mateix temps, no hem de pensar amb això que els sabers profans s'haurien de constituir com “la veritat” única sobre el patiment mental, no, sinó que és un tipus de coneixement que existeix com a tal, que ha de ser vist i ha de formar part del concert de veus que conformen el discurs de la terapèutica. Discurs, alhora, que hauria de ser pensat en tant que encaix simètric, certament complementari de sabers i formes d'aproximació. Això que sembla que és tan obvi, com hem vist, no es tradueix en l'àmbit de les pràctiques en els serveis de salut mental, la qual cosa fa referència també a una concepció del problema com un fenomen fonamentalment orgànic i biològic. És evident que hi deu haver camps en què els sabers mèdics tenen un coneixement més gran, o que hi deu haver aspectes en què un treballador social disposi de més eines i més bones per a transformar una determinada situació, però també és cert que no solament la persona afectada és una experta en efectes secundaris, com se sol dir, sinó que ha desenvolupat una sèrie d'eines per sobreviure, que es poden manifestar com un coneixement útil, no exclusivament per a ella sinó fins i tot per a altres subjectes socials en circumstàncies semblants. Al mateix temps,

no es tracta solament del fet que hagin de ser escoltats amb una mena de condescendència, o de la suposició que l'escolta i la posada en pràctica de les seves perspectives poden contribuir a assimilar més bé la terapèutica imposada; no és que hàgim de descobrir, com a professionals, les maneres de “fer-los sentir” que en formen part, sinó del fet que realment les seves perspectives i propostes en formin part, perquè realment el que “tenen per dir” contribueix en gran manera a la construcció global de les reflexions sobre el patiment mental.

Posem-hi un exemple. L'Alberto, diagnosticat al seu moment d'esquizofrènia i participant de l'experiència de Radio Nikosia, deia durant una conferència oferta pel grup el següent:

“En la meua forma de vida els animals es poden comunicar amb mi. I a mi em fa el fet; els vincles amb els animals em serveixen per a protegir-me. Per al meu psiquiatre, el que té de bo passejar el gos és que faig un volt i em relaciono amb els altres, que m'airejo una mica. Però per a mi té un altre significat que a ell no l'hi puc explicar, no l'entén. La meua relació amb els ocells, els vincles telepàtics d'afecte i estimació amb el món espiritual i natural que m'envolta, amb els meus animals, amb el meu Hippi [el seu gos], em protegeixen, em cuiden i em fan viure menys sol. Quan surto a passejar no surto només; surto amb ells i en ells, i en el passeig entre tots compartit trobo la felicitat.”

Per a l'Alberto, la terapèutica està vinculada directament a la possibilitat de trobar-hi sentit i legitimar les pràctiques que li generen un millor estar i entendre-les com a tals. No, en aquest cas, a assumir el que els sabers experts determinen com aquest “airejar-se una mica” que fa bé, sinó amb el fet concret que la seva relació amb els animals forma part del sentit que li permet construir part de la seva història, de la seva biografia, el seu lloc al món. Per a una de les emissions de Nikosia, l'Alberto va escriure un text que va titular *El llenguatge secret dels ocells*, en què descriu detalladament certa particularitat sensible que resideix en ell i que li ha permès establir un vincle amb els ocells semblant al que les persones solen tenir amb els clàssics animals de companyia.

Posem-hi un altre exemple que ja hem utilitzat en textos anteriors.

En Xavier i la Dolors, participants de l'experiència de Nikosia, són parella des de fa divuit anys i viuen plegats des d'en fa dotze. Van ser diagnosticats d'esquizofrènia i es van conèixer compartint activitats en un centre de salut mental. Des del començament de la relació, els professionals amb els quals es tractaven eren contraris a la formació de la parella; segons deien, hi havia un alt risc que es fessin mal mútuament en els moments crítics del trastorn. De fet, com hem vist, es bastant comú que els treballadors facin aquesta “recomanació” davant situacions semblants. Malgrat tot, en Xavier i la Dolors van continuar plegats, van confiar en les seves possibilitats, van posar en pràctica les seves particulars percepcions comunes i van materialitzar una experiència de vida en parella que encara dura. “Jo sé que l'únic que m'entén i m'accepta tal com sóc és en Xavi”, deia la Dolors durant una entrevista concedida a un diari de Catalunya, perquè “ell ha viscut pràcticament el mateix dolor que jo; tots dos vam ser diagnosticats al seu moment i tots dos patim des de llavors un rebuig directe de les nostres famílies. La sort més gran és que ens hàgim tingut l'un a l'altre per a fer-nos costat”. I en Xavier afegia que “en la bogeria hi ha

angoixa provocada pel trastorn i angoixa provocada per la gent, per l'entorn que t'assenyala, et margina, et dificulta la vida pel fet de portar l'etiqueta; i per a aquest obstacle que de vegades ens posen els altres, la Dolors ha estat la meua taula de salvació". La Dolors i en Xavier viuen en un pis assistit de la xarxa de salut mental, es reparteixen les feines quotidianes, conviuen entre filies i fòbies com qualsevol altre matrimoni del barri de Sant Andreu. Expliquen que des que viuen plegats han aconseguit deixar enrere la relació conflictiva amb les seves respectives famílies. "No crec que avui pugui viure sense en Xavi", sol dir la Dolors. "No sé què faré quan ell no hi sigui. L'única cosa que espero és poder morir-me abans que ell." La Dolors avui és la presidenta de l'Associació Sociocultural Radio Nikosia. Per a tots dos, desatendre l'ordre de la terapèutica externa, imposada, va ser una manera de "salvar-se", d'afirmar-se en un millor estar gestionat des de si mateixos. Això no vol dir que totes les pràctiques en relació amb la seva recuperació hagin estat el producte d'aquesta autogestió, perquè els seus itineraris són el resultat d'una trobada permanent entre els sabers propis, els sabers professionals i els de les seves xarxes socials de suport; els propis, però, han tingut un paper fonamental en el procés. De fet, un dels psiquiatres amb qui van treballar durant molts anys després de decidir-se a viure plegats va ser la persona que va donar més suport a la relació, i hi va veure un vertader camí de millora per a tots dos. Encara avui, en Xavier i la Dolors es mostren profundament agraïts a aquest psiquiatre.

D'altra banda, és cert que des de fa uns anys s'ha anat proposant des de les institucions i els organismes oficials la necessitat que aquests sabers profans siguin escoltats o formin part dels discursos possibles entorn dels problemes mentals; no obstant això, la majoria de vegades el que es produeix és una acceptació i utilització només dels coneixements que reproduïxen la semàntica dels sabers experts, aquells que coincideixen amb el que s'espera dels subjectes en tant que "malalts mentals". En termes de Goffman (1989), el saber recuperat en aquests casos per les institucions és exclusivament el que es refereix als ajustos primaris, és a dir, a tot allò que el subjecte fa i produeix d'acord amb les lògiques hegemòniques. És un saber subaltern que el ressitua en el lloc del pacient, que el defineix en el seu ésser en tant que pacient, és a dir que és escoltat no solament en tant que enunciant d'una simptomatologia, sinó com a subjecte reproductor del que els sabers experts defineixen sobre ell. En aquests casos el saber del boig no fa sinó justificar el coneixement psiquiàtric. Gairebé no hi ha interès per escoltar, legitimar o donar cabuda a les pràctiques profanes en la seva naturalesa d'origen. La persona es té en compte mentre respongui des del seu lloc de malalta i segons el que se n'espera des del seu rol de malalta, és a dir, en la majoria de les ocasions, reivindicant i consolidant el lloc dels sabers experts en les seves pròpies biografies.

3. Models d'autoatenció

En el mateix sentit d'això de què parlem, Eduardo Menéndez, un dels principals teòrics de l'antropologia mèdica, proposa analitzar les articulacions possibles dels sabers profans a partir d'una sèrie de fonaments. Menéndez posa l'accent sobretot en el que anomena *models d'autoatenció*. L'autor proposa fixar-se analíticament en els models (esquemes o construcció metodològica), sabers (representacions i pràctiques) i formes (experiències utilitzades) d'atenció dels patiments. Analitzar-los per a reconèixer-los i posar-los en joc.

Per *models d'autoatenció* hi entén això:

“Nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. [...] refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos, conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa.”

(Menéndez, 2009)

I continua:

“Desde una perspectiva antropológica las formas de atención de los padecimientos se refieren no sólo a las actividades de tipo biomédico sino a todas las formas de atención, que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, lo cual implica asumir una serie de puntos de partida que contextualizan nuestro análisis de las formas de atención. En primer lugar, asumimos que por lo menos en las sociedades europeas y americanas actuales existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad, que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema de salud, así como variadas formas de tratamiento e inclusive distintos criterios de curación. Pero además de reconocer esta diversidad, lo que me interesa subrayar es sobre todo la existencia y utilización de todas estas formas de atención por los conjuntos sociales, dado que frecuentemente desde la perspectiva del Sector Salud (SS) y de la biomedicina la mayoría de las actividades de atención a los padecimientos son negadas, ignoradas y/o marginadas, pese a ser frecuentemente utilizadas por los diferentes sectores de la población.”

(Menéndez, 2003)

Menéndez (2003) proposa un esquema de diferents models, formes i sabers que utilitzen els subjectes. Tots aquests models, formes i sabers interactuen entre si i conformen els models d'autoatenció. Per a ell, l'autoatenció no és automedicació, ni l'autocura encara que els inclogui, sinó que és allò que es relaciona amb la possibilitat d'apropiar-se el procés terapèutic. Són pràctiques estructurals que existeixen més enllà del model biomèdic hegemònic (MBH), que no duen a terme els subjectes aïllats, sinó en una interacció constant amb

els diferents sabers. Planteja que en aquests processos d'autoatenció els subjectes conjuguen diferents sabers de diferents maneres i en diverses proporcions. Alguns d'aquests sabers són els següents:

- **Sabers mèdics i paramèdics:** són els relatius a la biomedicina.
- **Sabers populars o tradicionals:** són els relatius a curanderos, espiritistes, xamans, sants, etc.
- **Formes alternatives:** són les relatives a l'anomenada *new age*, sanadors bioenergètics, *reiki*, mestres espirituals, etc.
- **Sabers d'altres tradicions:** són els relatius a pràctiques com l'acupuntura, l'*ayurveda* o la medicina mandarina.
- **Sabers d'atenció pròpia:** són els relatius a estratègies que sorgeixen de l'experiència pròpia de la malaltia, a determinades pràctiques de la tradició familiar, grups d'ajuda mútua, etc.

Aquestes diferències entre models, diu Menéndez, no s'han de suposar com a antagonistes –això potser passa en els professionals–; en els subjectes es manifesten com una fusió, una articulació d'un o diversos d'aquests sabers. L'autor argentí no intenta proposar una estructura de jerarquies en relació amb la suposada eficàcia de cadascun dels sabers, sinó que planteja que a **l'hora de buscar el millor estar dels pacients hem de considerar les seves articulacions com a vàlides, possibles, legítimes ja que d'una manera o d'una altra, pragmàtica o simbòlica, solen tenir eficàcia.**

4. De recuperacions possibles

La recuperació en el camp de la salut mental està directament relacionada, d'una banda, amb **les possibilitats del subjecte de formar part del seu particular procés**, amb la possibilitat que les seves perspectives, els seus punts de vista, les seves pròpies estratègies de supervivència –en definitiva, la dimensió *illness* del fenomen– siguin vistos com a legítims en la recerca d'un millor estar; d'altra banda, amb la possibilitat d'una **integració activa en el si de la comunitat**, amb el fet que la seva diferència ja no sigui vista com una estranyesa que provoca rebuig o paternalisme, sinó que passa a ser considerada com una part més de les diferències possibles dins de l'heterogènia geografia del corpus comunitari. Totes dues opcions, que no són les úniques encara que sí que són determinants, estan entrelaçades, no es poden pensar l'una sense l'altra. I per a acostar-nos-hi, el plantejament central com a professionals pot ser que resideixi en la necessitat de treballar en la recuperació i el reposicionament social dels subjectes de la bogeria i en una feina de sensibilització i de desconstrucció de l'estigma. Davant d'això, hem plantejat al principi del mòdul que hi ha dos camins fonamentals a prendre. Són dues tasques que, si bé es fan efectives en diferents espais i de diferents maneres, encara s'erigeixen en pendents en termes globals. Com hem anat veient, ens referim d'una banda a la **transformació necessària en les dinàmiques internes dels serveis de salut mental** i de l'altra a la **creació de nous espais**, altres territoris, desmarcats ja de tota conceptualització clínica –anomenats més endavant *espais d'esterapeutitzats*–, des dels quals es pugui treballar la trobada o les **trobades entre societat i bogeria**. Trobades que ja no són travessades per idees de l'àmbit clínic, sinó que són llocs en què els subjectes accedeixen a la possibilitat d'intentar construir una altra identitat.

En relació amb el primer punt i resumint algunes idees que ja han sorgit, el treball necessari es pot pensar com a eix d'una transformació que impliqui una sèrie d'aspectes fonamentals:

- **La comprensió del problema en termes globals.** És a dir, tenir en compte no solament les perspectives biomèdiques, sinó les formes d'atenció dels subjectes, i analitzar al mateix temps les implicacions que pot haver generat el trastorn en l'individu en els aspectes biològics, existencials, socials, econòmics, polítics. Això voldria dir tenir en compte no solament el trastorn (*disease*) sinó també la dimensió dels malestars (*illness*) i els determinants socials d'aquests malestars (*sickness*). Fonamentalment això implicaria una avaluació permanent del paper del context com a determinant de malestar. Analitzar els possibles agents productors de patiment i treballar per la desconstrucció d'aquests agents de manera conjunta amb els subjectes mateixos.

- **La desjerarquitització de les estructures i tecnologies terapèutiques.** És a dir, l'articulació simètrica de tots els rols que formen part de la recuperació. Això implicaria una igualtat de condicions d'enunciació i pràctica entre els sabers clínics, els sabers comunitaris, els sabers profans, i en què cadascun contribuiria i podria plantejar les seves propostes des d'una lògica de complementarietat i construcció compartida. Advocar per un entramat rizomàtic d'enllaços, en termes deleuzenians, en què treballadors socials, educadors socials, persones diagnosticades, infermers, psicòlegs, psiquiatres, etc. es vinculin interconnectant perspectives, negociant i regulant des de la complicitat les diferents opcions dels itineraris terapèutics. D'altra banda, s'ha de reflexionar sobre el fet que els subjectes no assumeixen allò que no és interioritzat com a propi; és a dir, poden incorporar les lògiques d'un determinat recorregut terapèutic regulat pels sabers experts, fins i tot les poden posar en funcionament, però aquestes lògiques no s'erigeixen en sanadores sinó en el resultat d'una elaboració pròpia i compartida. Un no sent com a propi allò que li és donat o imposat des de fora d'ell mateix; cal que "ho faci cos", ho passi pel cos, ho transformi en una reflexió que sigui en tant que resultat des de certa autonomia. Per a això tot desenvolupament en aquest camp ha de ser el resultat d'una articulació compartida. En dèiem dialèctica.
- **La recuperació dels sabers profans** en tant que coneixement possible i legítim entorn dels processos de salut i malaltia. Això implicaria, alhora, la consideració dels afectats des d'un punt de vista històric, en tant que subjectes històrics, persones i no ja malalts totals o malalts mentals absoluts, cosa que no negaria l'existència d'un problema sinó que convocaria el fet que la relació s'estableixi des de certs paràmetres de simetria i complementarietat per a l'assoliment d'una feina conjunta.
- Tot això, alhora, no implica o **no hauria d'implicar la invisibilitat dels diferents rols** en joc durant el procés terapèutic, ni qüestionar-ne la importància en el mapa general. Ara bé, que hi hagi diferents rols no implica que hi hagi d'haver una estructura jeràrquica que els contingui. Com hem dit, és evident que dins del procés el psiquiatre ofereix un coneixement que, en principi, no ha de tenir l'afectat, i viceversa; és evident que el treballador ha de tenir un saber del qual no disposarà l'infermer, i viceversa, etc.; la clau resideix en la manera amb què s'articulen aquestes relacions i aquestes informacions. És a dir, allò que abans hem anomenat *horitzontalitat dialògica*. Al mateix temps, la professionalitat no s'hauria de veure com una posada en funcionament asèptica del saber que prové de l'àmbit acadèmic, sinó que resideix en l'equilibri d'aquestes competències amb les aptituds que resideixen en un mateix i són producte d'experiències, no necessàriament universitàries, sinó de l'àmbit de les pràctiques quotidianes. En la dimensió "íntima" dels sabers experts també es produeixen ocultacions i negacions d'allò de profà que hi ha en cadascú; situació que,

si es reverteix, contribuirà sobretot a humanitzar i flexibilitzar les relacions i els itineraris de benestar.

- Una **autoreflexió crítica** necessària i constant sobre la manera en què s'estableixen els vincles i sobre l'articulació dels diferents elements i pràctiques que fan aquesta mateixa terapèutica. Dit d'una altra manera: una reflexió crítica sobre les relacions que establim com a professionals i les maneres amb què les produïm. És a dir, aquella "revisitació" necessària dels vincles a què hem fet referència.
- La **consciència** que la **terapèutica** en salut mental es construeix de manera **compartida i cas a cas**, pas a pas. És a dir, intentar, en la mesura que es pugui, minimitzar la sobredependència als protocols que estandarditzen els procediments i assumeixen una similitud absoluta entre els diferents afectats en els seus diferents processos. Les persones provenen d'històries diferents, de processos particulars, i estan en condicions diferents les unes de les altres; són éssers socials en interacció i com a tals estan exposades a les mobilitats intrínseques de l'àmbit social i la cultura.
- L'articulació de l'escolta i la comunicació com a motors de transformació. Una exhortació a millorar la comunicació entre professionals i afectats.
- La feina del professional s'ha d'articular en tant que generadora d'un context de possibilitats. Construir un llit perquè flueixi el riu. Acompanyar en el procés a partir del qual sigui el subjecte mateix qui aconsegueixi reapropiar-se el seu itinerari de recuperació. En fi, com hem dit, deixar entrar i circular la vida mateixa.

En resum, els hospitals de dia, els centres de dia i altres dispositius assistencials de la xarxa de salut mental són en si mateixos territoris idonis per a treballar una rehabilitació possible en determinats estats o moments dels afectats. El problema resideix, no en la seva existència en si mateixa –de fet, els hem de considerar fonamentals–, sinó, com ja hem analitzat, en les articulacions que ocorren al seu interior. En el risc permanent a reproduir aquelles antigues lògiques del model asilar clàssic. Com hem vist, l'eix del canvi està en la transformació de les relacions, en la consideració de l'altre en tant que subjecte de dret, subjecte del diàleg.

El segon aspecte esmentat es relaciona amb la possibilitat de generar altres contextos des dels quals es puguin treballar els problemes mentals. Suposar que la salut només es construeix en el territori de la clínica implicaria un desconeixement de les vinculacions entre els fets socials i culturals i els processos d'afflicció. Aquí ens referim a l'excés de recursos que tracten la malaltia al qual tornarem més endavant. Llavors, si hem parlat de l'estigma, per exemple, com a part del dolor que deriva de la constant d'habitar un determinat entorn, per què no podem pensar en la possibilitat que certs aspectes socials de la recuperació es produeixen com a resultat d'un *estar*, d'habitar contextos comunita-

ris? És clar que això no implicaria, com veurem, de cap manera, proposar una terapeütització de la vida quotidiana; no es tracta, de fer social el que és terapèutic, sinó de treballar a partir de pràctiques i eines que en la condició que tenen de comunitàries –no clíniques– contribueixin en el reposicionament dels subjectes en tant que formin part del cos social, ajudin en la possibilitat de reconstruir una identitat erosionada per la condició fossilitzada de pacient mental. La terapèutica seria, en tot cas, una conseqüència de la participació “normalitzada” dins del teixit comunitari.

Pensem, per exemple, en les diferències possibles entre un taller d'arts plàstiques fet amb persones i per persones amb problemes de salut mental dins d'un centre de recuperació per a aquest tipus de diagnòstics, i pensem ara en el mateix taller en un centre cultural d'un determinat barri al qual anirien els participants, no ja com a pacients, sinó com a aprenents, artistes o estudiants d'expressió o pintura. Quines identitats entrarien en joc en un cas i en l'altre?

Quan parlem de la possibilitat de generar contextos de trobada entre bogeria i comunitat, no volem dir que aquests contextos siguin els únics necessaris per a treballar en el procés de recuperació. O sigui, més enllà dels dispositius mèdics i d'aquells que funcionen com a frontissa entre l'àmbit clínic i el comunitari, plantegem la urgència de treballar en la constitució de territoris que impliquin un estar ple dins de la comunitat. La figura del club social, que és part de la cartera de serveis del Pla director de salut mental, per exemple, aniria epistemològicament en aquest sentit. No obstant això, la nostra intenció aquí és ampliar i pensar altres espais o altres formes d'articulacions possibles.

Aquests nous espais s'han de pensar sobretot a partir, no solament d'una lògica d'acollir, rebre, donar suport i contribuir en aquesta arqueologia de la subjectivitat de què hem parlat en mòduls anteriors, sinó alhora i fonamentalment en tant que territoris de producció social en interacció amb la comunitat. Territoris que proposin i produeixin per al context i amb el context, a fi que l'essència de la seva feina s'erigeixi més en una política de la intervenció que en una disposició a l'assistència. Això no ha pas d'implicar el descuit d'una perspectiva de cura sensible als afectats, sinó que proposa que l'èmfasi de recuperació en aquest cas s'ha de posar en la feina envers la configuració en tant que subjectes polítics, capaços de produir obra i sentit dins del tot comunitari i per al tot comunitari. El cas no és despertar compassions, sinó comprensió i respecte en tant que éssers legítims i socialment actius. Dit d'una altra manera, aquí no parlem d'habilitar espais en què puguin exercir el dret a la paraula en termes només de la possibilitat d'enunciació, és a dir, no parlem d'instàncies per a un dir que no tingui ressonància, sinó de **territoris que provoquin i proposin alhora vertaderes instàncies de comunicació i interacció amb els altres sabers i la comunitat en general; llocs des dels quals aquesta paraula es pugui materialitzar, transformar-se en discurs que contribueixi a repensar la salut mental, la bogeria, l'estigma, l'àmbit comunitari.**

Fem referència sobretot a dispositius que s'articulin des dels sabers profans i des d'aquesta capacitat d'actuar o *agency* en termes de Gramsci (Pizza, 2005) que encara existeix i que resideix en els subjectes de la bogeria. Des d'aquí,

aquests espais haurien de tenir com a missió crear i elaborar xarxes amb entitats, col·lectius i professionals, que no estiguin necessàriament lligats al món de la salut mental. I si ho estan, l'important és que no reproduïxin les relacions que se solen establir a l'interior dels dispositius clínics, sinó que s'obrin a la possibilitat d'un altre tipus de trobades més lligat a l'àmbit personal, lúdic, cultural, simètric.

Els nous espais de què parlem, com veurem, són territoris que acullen i produeixen de manera conjunta des de l'encaix entre individus diagnosticats i no diagnosticats. Parlem, alhora, d'instàncies des de les quals siguin els afectats mateixos els qui facin per desenvolupar una interacció fluida i permanent amb les seves xarxes socials en els diferents graus d'intensitat, però des d'un altre rol que el que els brinda el trastorn. Recordem que en l'àmbit de la salut mental aquestes xarxes es formen a partir de diferents elements, entre els quals podem esmentar:

- la família, els amics i veïns pròxims (primàries),
- les relacions laborals, les relatives a entitats i organitzacions comunitàries, culturals, religioses, etc. (secundàries),
- vinculacions amb les institucions de la xarxa d'assistència en salut mental i a la xarxa de serveis socials (xarxes formals o institucionals).

5. Desemmalaltir identitats

Com hem vist en un altre mòdul, l'estigma està relacionat directament amb la mirada social entorn del patiment mental. És a dir, amb “el bosc de símbols”, amb certa “frondositat significant” amb què han d'interactuar de manera permanent els subjectes de la bogeria. Arran d'això es pot pensar la necessitat de generar o provocar territoris en què tota aquesta càrrega semàntica d'opressió quedi suspesa almenys momentàniament, espais en què comportar-se d'una manera no corrent no sigui anomenat com a part simptomàtica d'una malaltia, sinó que trobi l'explicació i la interpretació entre els subjectes mateixos que produeixen el comportament. Ens referim, una altra vegada, a territoris no clínics, en què els individus no hi siguin des de la identitat de pacient, ni de malalt, sinó des d'aquella que proposi cadascú al seu moment o des de la qual suggereixin els nous contextos. És clar que això no implica negar un dolor, un patiment, o fins i tot un problema, sinó que el que es posa en qüestió són els etiquetatges imposats, les categories definides com a inherents a la identitat que són constantment filtrades cap a les instàncies socials. És a dir, que tampoc no hem de passar per alt que el patiment mental és una realitat quotidiana per als afectats que han de desenvolupar la seva itinerància existencial en contextos marcats per determinades significacions en relació amb la bogeria. Arthur Kleinman, citat per Martínez (1994), es refereix a la qüestió quan diu que:

“mental illness are real, but like other forms of the real world, they are the outcome of the creation of experience by physical stuff interacting with symbolic meanings.”

El subjecte del diagnòstic franqueja boscos de significacions que no són solament construïts per a ell, sinó que formen part de les dinàmiques globals de la comunitat, però són significacions que sí que exerceixen sobre aquest subjecte un altre tipus de pressió simbòlica i mereixen –almenys per això– ser posades en qüestió i suspensió en alguns contextos i moments.

Aquí parlem de **nous territoris d'acció, escolta i participació social activa**. Contextos que produeixin cert desemmalaltir de les identitats (Correa-Urquiza, 2009) perquè s'hi pugui instal·lar la complexitat de la vida. El fonament d'aquests territoris, ja ho hem dit, resideix en la condició que tenen de **contextos de possibilitats**. Són espais solcats, en el nostre cas, per un altre tipus de concepcions sobre la bogeria; instàncies, en termes d'espai-temps, en què les significacions relatives al patiment mental no són subjectes exclusivament a l'univers de l'àmbit patològic. Un lloc en què no s'hagi de ser identitàriament un malalt, sinó en què s'accedeixi a la possibilitat de reconceptualitzar el dolor propi, de fer-se seva la semàntica que els anomena per a apropiar-se alhora, a partir d'aquí, la construcció dels itineraris de ben estar o recuperació.

D'alguna manera, com diem, són espais límit, territoris esquerda, llindars en què és factible repensar-se més enllà del que defineixen majoritàriament els sabers biomèdics hegemònics.

Eugenio Trías, en el seu treball des del que ha anomenat *filosofia del límit*, ens parla de les possibilitats que brinden aquestes lògiques de frontera, aquests intersticis mitjançant els quals o a partir dels quals es pot instal·lar l'existència, la revolta, la reapropiació d'una semàntica. Aquí no ens referim al límit com a fre imposat des d'una suposada externalitat, sinó al límit autogestionat, com a "cau" momentani, circumstancial, des del qual es puguin produir i crear noves significacions constituïdes en el vaivé, en la dialèctica que ofereixen els llocs límit, en aquesta possibilitat d'anar a un costat o un altre de la frontera mentre s'habita el refugi. Trías diu el següent:

"Todo límite es, siempre, una invitación a ser traspasado, transgredido o revocado. Pero el límite es, también, una incitación a la superación, al exceso. Los romanos llamaban limes a una franja estrecha de territorio, aunque habitable, donde confluían romanos y bárbaros, o ciudadanos y extranjeros. En las fronteras se producen siempre importantes fenómenos de colisión y mestizaje; todo pierde su identidad pura y dura de carácter originario, agreste o natural. Y el hombre es fronterizo en razón de esa colisión que en él se forma: no es ni un animal ni un dios (ni tampoco un dios animal, o un animal divinizado, según el sueño dionisiaco de Nietzsche). En ese carácter centáurico estriba su peculiaridad; también, en cierto modo, su tragedia; pero asimismo su posible dignidad."

(Trías, 2000)

Així, plantegem que el fet de **recuperar un control sobre l'articulació de la pròpia identitat** i la recuperació d'un rol actiu davant el patiment està lligat íntimament a les opcions que brinda aquella resignificació i que tot això és possible fonamentalment si s'articula des de geografies liberalitzades de la semàntica dominant en relació amb la bogeria. Des d'aquests llocs liminars, d'interterritorialitat, parlem d'un tipus d'espai

"con características propias que, a su vez, sobrevive dentro de uno mayor en donde el imaginario existe atravesado por una noción relativamente uniforme sobre la enfermedad mental. Un micro-territorio en cierta medida autónomo, que coexiste y produce desde dentro del gran territorio social y que se ubica al modo de las muñecas rusas desde un cierto estar dislocado."

(Correa-Urquiza, 2009)

S'ha d'clarir que aquesta liminaritat no es constitueix aquí en relació amb la comunitat de manera generalitzada, sinó amb els espais i les instàncies en què s'hagi instal·lat la semàntica hegemònica. El límit es refereix a aquesta semàntica i als determinants que implica en l'àmbit dels rols i les identitats. És a dir, la sala d'arts d'un centre cívic, un estudi de ràdio, la sala de reunions d'una associació teatral es poden constituir tots com a territoris límit, com a contextos de possibilitat si són conceptualitzats així. Si es planteja per endavant i es manté en la naturalesa dels vincles, una relació deslocalitzada de l'àmbit clinicoterapèutic i enfocada en el tipus de relacions a què convoca el context. És a dir, que la qualitat de llindar concerneix més una actitud, una predisposició, una intenció desactivadora de les significacions prèvies en relació amb la bogeria. Encara que el tipus d'entorn també és determinant –no és la mateixa

cosa assajar i armar una obra de teatre en les instal·lacions d'un servei de salut mental que fer-ho en una sala que ha estat creada per a aquest objectiu-, s'ha d'aclarir que el límit es produeix en l'acció deslocalitzadora dins del territori, en la constitució de la seva condició de flexible, obert a la resignificació. Així, el límit seria una mena de pensament posat en marxa, de propòsit assumit i aplicat col·lectivament en l'acció quotidiana de la realitat social de l'espai.

6. Alguns exemples que passen

Actualment, i fins i tot davant el risc de ser reduccionistes, podem plantejar que hi ha diferents tipus de dispositius que funcionen en un intent de construir-se en aquest sentit, i que parteixen de la idea que algunes innovacions en el camp de la salut mental no ens arribaran sinó de la síntesi i la posada en comú de totes les perspectives i els sabers, inclosos els profans, i de les interrelacions que tenen amb l'àmbit comunitari. A l'Estat espanyol hi ha un grup d'aquestes perspectives i sabers que són representats per algunes associacions i cooperatives mixtes d'usuaris i professionals, algunes associacions d'usuaris, alguns grups d'ajuda mútua, algunes ràdios o emissores comunitàries fetes per afectats i alguns espais d'art i creació vinculats a aquesta qüestió.

La Cooperativa Aixec, per exemple, funciona a Barcelona a partir d'una idea en què els professionals i les persones amb diagnòstic interactuen sobre la base de la desjerarquització i la complementarietat. Des del seu blog (www.aixec.blogspot.com) es presenten així:

“La Cooperativa Aixec inicia la seva activitat amb l'ànim d'oferir una pedagogia diferent: potser contestatària, rebel, sincera, performativa però de ben segur molt crítica amb plantejaments tradicionals que tendeixen a psiquiatritzar i fixar categories de l'alteritat que no ajuden les persones. Ens allunyem dels plantejaments burocratitzadors i de l'excés d'intencions de pedagogitzar l'altre. Entenem que cal recuperar un quefer educatiu basat en l'acompanyament i la ruptura de les distàncies entre educador-educand. Ens allunyem també de la institucionalització i rigidesa professional. La Cooperativa va néixer amb la intenció de crear una manera diferent de fer educació. La nostra tasca, ara per ara, és construir aquesta manera particular d'entendre l'educació que pensem pot aportar a les persones un nou lloc privilegiat. En síntesi, un sentiment de pertinença que es construeix des de les relacions horitzontals obertes a la transformació mútua.”

Nota

La nostra intenció no és fer una recopilació exhaustiva dels dispositius que funcionen actualment d'aquesta manera, sinó simplement enunciar-ne l'existència amb uns quants exemples, i les possibilitats pràctiques que impliquen.

Les associacions d'usuaris, per la seva banda, han crescut a bon ritme en els últims anys. Benedetto Saraceno, psiquiatre i exdirector de salut mental de l'OMS, deia en una conferència feta juntament amb la Fundació Congrés Català de Salut Mental a Barcelona que hi ha bàsicament tres maneres mitjançant les quals les associacions d'usuaris s'han relacionat en els últims anys amb l'“*establishment*” psiquiàtric:

- mitjançant la submissió i l'acceptació dels models hegemònics;
- a partir d'un rebuig radical i de la construcció d'alternatives per oposició a tota idea de l'àmbit clínic;
- a partir d'una construcció des de la subjectivitat però en diàleg obert i flexible amb les disciplines clíniques.

Al nostre entendre, és des d'aquest últim model que es pot pensar la possibilitat d'una transformació, ja que el problema no està en el fet que hi hagi diferents perspectives i aproximacions a la realitat de la salut mental, sinó en les

articulacions jeràrquiques, de les quals hem anat parlant, que es produeixen entre si. És a dir que, si els diferents sabers s'articulen des de la simetria i la complementarietat, és a partir d'aquesta reunió que és factible la producció de salut. Tot fenomen necessita la màxima quantitat de mirades possibles per a arribar a una concepció tan plena com es pugui.

L'ADEMM, una associació d'usuaris de salut mental de Catalunya, és al nostre entendre, un bon exemple d'aquest últim model. És una entitat des de la qual es promouen una sèrie d'objectius vinculats a la necessitat de defensar els drets i els deures de les persones afectades, promoure'n la capacitació i la participació en els processos terapèutics i, sobretot, representar el col·lectiu d'afectats davant de les administracions i les institucions.

Els grups d'ajuda mútua són un altre exemple possible de territoris límit. Són espais de conversa i intercanvi entre els afectats, de posada en comú d'estratègies de recuperació, de receptes possibles però no absolutes, que es basen en les vivències dels seus participants. L'Assemblea de Majaras, que funciona a Sant Boi de Llobregat (Baix Llobregat), es pot explicar com una d'aquestes experiències encara que les seves accions i intencions vagin més enllà de les relatives a un grup d'aquestes característiques; és a dir, organitzen trobades i jornades, editen *fanzines*, etc. Tot un seguit d'activitats que estan relacionades no solament amb la recerca dels seus participants d'un benestar, sinó i fonamentalment amb l'intent de transformar la mirada social sobre la bogeria. El col·lectiu **Psiquiatritzats en Lluita**, de Madrid, treballa en un sentit semblant. Això no vol dir que aquesta sigui l'única cosa a què es dediquen aquests grups; no és la nostra intenció aquí fer un glossari detallat de les seves particularitats, sinó simplement manifestar que hi són i el seu funcionament des de certa condició de límit en el sentit en què n'anem parlant.

7. El cas d'una ràdio

Analitzarem més detalladament aquí el cas de Radio Nikosia. No perquè sigui el més clar dels exemples, ni de bon tros, sinó perquè tenim un coneixement més ampli i pròxim de les seves dinàmiques i articulacions gràcies a la nostra participació en l'experiència des del començament.

Nikosia és una de les primeres emissores fetes a l'Estat espanyol per persones que han estat diagnosticades d'algun problema de salut mental. En els programes setmanals i en la majoria de les activitats, participen i col·laboren familiars de persones afectades, a més d'antropòlegs, psicòlegs, músics, periodistes, artistes i un llarg etcètera de persones "encara" sense diagnòstic. És una ràdio, com qualsevol altra; però, en lloc d'articular-se a partir d'una successió vertical de programes, s'ha anat consolidant com una sèrie d'intervencions en diferents mitjans de comunicació de Barcelona i del país en general. No obstant això, la base emissora i l'espai en què se solen reunir fins a trenta o trenta-cinc persones cada dia són les instal·lacions de Contrabanda FM, una de les poques ràdios lliures que continuen funcionant des d'un model associatiu i cooperativista sense ànim de lucre. Els dimecres, en directe, entre les quatre i les sis de la tarda, es fan programes de temes diversos coordinats pels redactors nikosians. Cada emissió és monogràfica; així, hi ha dies en què el tema central és la malenconia, o la necessitat de "reinventar-se", o les retallades en el camp de la sanitat; hi ha dies en què es defineix o redefineix la bogeria; hi ha dies en què es reflexiona sobre l'ús de la medicació psiquiàtrica o en què s'entrevisten professionals de la salut, les arts, la cultura en general. Les emissions, que no sempre estan lligades a temes relatius al patiment mental, circulen a grans trets entre una dimensió que podríem anomenar com a reivindicativa dels drets de les persones afectades i una de més lúdica, poètica, literària, musical, etc. Totes dues interactuen, es fusionen per moments, actuen complementant-se. Hi ha seccions específiques de cinema, de literatura, i un debat central en què es discuteix obertament la consigna del dia. Cada programa es prepara els dilluns en una assemblea en què es plantegen i debaten els temes que s'han de tractar i s'organitzen les activitats generals del col·lectiu.

Si bé Nikosia funciona des del 2003, a partir de finals del 2007 es va constituir com una associació sociocultural en què la junta directiva està formada íntegrament per persones que han estat diagnosticades d'algun problema de salut mental. Un dels factors determinants de la continuïtat i la consolidació de l'experiència ha estat l'articulació que ha tingut des de territoris no clínics ni originalment terapèutics. Espais que van permetre el desenvolupament, per part dels participants, d'una altra identitat, associada no ja a la idea de malaltia, sinó a la de persona, periodista, locutor, poeta, músic, redactor, conferenciant, etc. Tot un seguit d'opcions i flexibilitats que van sorgir de les possibilitats que va anar generant el territori en tant que context, connectades sobretot

a l'oportunitat de ser, estar, actuar i participar socialment des de rols deslligats de tota concepció patològica. Nikosia va néixer, de fet, des d'aquesta intenció per a desenvolupar nous entorns de possibilitat, altres territoris en què sigui possible la desactivació de la semàntica única en relació amb la bogeria. S'ha de dir que les particularitats de l'espai generen des que neixen dues posicions epistèmiques i fenomenològiques: d'entrada, "se busca la posición del umbral, la liminalidad, de estar al lado, en tanto que instrumento que permite cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la locura y al mismo tiempo funciona como disparador de la producción de nuevas significaciones que se articulan en tanto renovación de las anteriores" (Correa-Urquiza, 2009). En el treball previ en què hem analitzat a fons el dispositiu Nikosia, hem dit el següent:

"Estas dos posiciones epistémicas de las que hablamos nos devuelven a la idea de que quizás pueda definirse al dispositivo no sólo como un territorio de escucha social, sino también y a la vez como un territorio en donde se manifiesta la posible articulación de nuevas prácticas. Es decir, un territorio en donde ocurren las cosas, donde se produce el acontecimiento en tanto ruptura, en tanto quiebre; en donde las categorías expertas se vuelven incertidumbre –dejan de ser certeza hegemónica– y se mezclan con las categorías profanas para abrirse a la posibilidad de esa otra praxis, de esas otras articulaciones en relación a la locura y sus procesos, en las que los nikosianos tienen la autoridad y legitimidad de la construcción y definición. Son ellos los que recuperan para sí el lugar de la emisión, de la enunciación. Resumiendo: Nikosia es umbral y, a la vez, un espacio consolidado en tanto reverso, en tanto eje de nuevas categorías, nuevas significaciones que se traducen en acciones específicas que buscan dialogar con el entorno y seguir deconstruyendo las antiguas semánticas y sus usos adyacentes."

(Correa-Urquiza, 2009)

A grans trets, l'experiència s'articula sobre dos objectius centrals:

- La **desconstrucció de l'estigma** a partir d'una intervenció constant sobre els mitjans de comunicació i, per tant, sobre els preconceptes establerts i naturalitzats en l'imaginari col·lectiu en relació amb la bogeria. Aquesta feina es fa a partir de les intervencions setmanals a Contrabanda FM, Cadena Ser, Ràdio Rubí, Radio La Mina, Sis Punt Ràdio, Radio Altamira, entre d'altres; emissores en què els nikosians participen en qualitat de contertulians especialitzats, dins de programes concrets, o coordinadors centrals de la temàtica que s'ha de tractar. Per tenir-ne més detalls, vegeu www.radionikosia.org.
- La consolidació de la **ràdio com** un territori propi per als participants en què la identitat de "malalt mental" quedi suspesa momentàniament per a obrir-se a altres flexibilitats i possibilitats. És a dir, un **espai que "oxigeni", que permeti la generació d'altres rols**, altres estatus, i, en conseqüència, l'establiment d'altres xarxes socials definides per noves intensitats.

L'experiència Nikosia no es defineix inicialment com a terapèutica. Si bé s'articula des de certa sensibilitat envers les persones afectades, no es planteja des d'aquí. Si ho fes, com hem vist, es provocaria una escissió contrària a la naturalesa de l'espai; és a dir, se socialitzaria un tipus de vincle que prové de l'àmbit clínic. Les identitats també es materialitzen i consoliden en la seva

feina quotidiana, i si plantegéssim una articulació d'intencions curatives dins d'aquest "altre" territori, contribuiríem a la consolidació de les identitats patològiques en l'àmbit social. Dit d'una altra manera, els anomenaríem *malalts*, i contribuiríem així a fossilitzar-los, en un context en què no participen des d'aquest rol, ni ocupen aquests estatus. Nikosia és una ràdio i en aquesta ràdio, com a tal, les relacions s'estableixen entre persones que fan diferents activitats dins del procés d'elaboració de programes i activitats radiofònics. La terapèutica es manifesta com una conseqüència d'aquest fer normalitzat, com una segona instància producte de la situació mateixa de ser en tant que individus o subjectes socials actius. D'altra banda, si es plantegés el dispositiu com a terapèutic des del començament, es neutralitzaria en la seva dimensió política, en els seus atributs com a generador d'acció i intervenció social en el camp de la desconstrucció de l'estigma, per exemple.

S'ha de dir que Nikosia no es defineix per endavant com un espai en què es vulgui produir certa recuperació dels afectats, encara que això no implica negar la realitat que això passa, sinó que és un lloc en què es proposen "altres" intervencions semàntiques en el teixit social, i com a conseqüència d'això s'esdevé certa recuperació.

En aquest sentit, la seva feina com a mitjà de comunicació resideix en la capacitat de produir un altre tipus d'informació davant de la instal·lada socialment relativa al patiment dels problemes mentals, en el fet de comunicar "altres" versions dels fets, "altres" reflexions entorn dels problemes, articulades, no ja des dels sabers experts, sinó des de la subjectivitat en què es corporifica el patiment. És des d'aquí que es fa efectiva la feina per la desconstrucció de l'estigma.

Si bé l'experiència va néixer amb la coordinació d'un grup d'antropòlegs i psicòlegs, amb el temps, aquesta mateixa situació de territori propi va fer que els participants s'hagin anat fent amos de l'espai. L'han fet propi. A manera d'exemple, citem un fragment d'aquell text de Joan García, membre de Nikosia, matemàtic, exfuncionari de Correus, escriptor i diagnosticat d'un problema de salut mental, fet per a la revista *Bostezo*:

"Por una voz propia

[...] Apreciamos la independencia y nos disgusta el conformismo, cada vez mayor, que el sistema actual introduce en nuestros conocimientos, valores y actitudes. Luchamos por crear condiciones de aprendizaje capaces de favorecer la confianza en uno mismo. Desde el equilibrio, diario malabarismo interior, para no caer en el pozo negro de la locura. Dignidad para cultivar los propios desacuerdos con los demás, osadía para manifestar un comportamiento individual o antisocial, para pecar de lo distinto. Valor para ver lo que nadie quiere ver. Descubrir y contar lo que nos quita la felicidad. Reivindicar el afectuoso cariño que transmite un cálido abrazo, tan sencillo, tan humano, tan escaso. Entre la salud y la enfermedad, se abre un tercer camino, Radio Nikosia, el de la disponibilidad para uno mismo, el de la acción y el riesgo: somos lo que contamos, sólo una chispa de existencia pero todavía con vida para contarlo. Para formar, informar y deformar lo que transmite la sociedad bienpensante... conversar, conversar... Hay quien habla de la radio terapéutica, sí, pero tiene que curar a esta sociedad *normopata* enferma de ignorancia, que sin conocerlo, prejuzga y estigmatiza, para el resto de su vida, al diagnosticado de

lo que llaman un trastorno mental severo. [...] Viajamos constantemente a un lado y a otro de la frontera, entre razón y locura, y desde este vaivén contamos nuestra historia, que es tan real y legítima como cualquier otra. Tarados por la medicación y el entorno, comunicarnos nos ayuda a coordinar otra vez el mundo desde la palabra a todos los niveles. Las ondas de Radio Nikosia canalizan lo que no se quiere oír, unas voces que aun existiendo no están... ya que su entorno próximo, a causa de un diagnóstico, no las valora como legítima manifestación de unas personas con derecho a expresarse. Nuestra voz se transforma en el puente entre los otros y nuestros mundos interiores. Frente a la angustia de perder para siempre la unión con el mundo, ese puente puede reconstruirse, entrando en una nueva relación con el exterior: activa, responsable y propia.”

(García, 2010)

Aquesta **idea de pont** és interessant en la reflexió d'en Joan i contribueix al plantejament que proposem. Veu Nikosia com un pont entre dos mons, **entre societat i bogeria**; però, perquè aquest pont sigui efectiu i no perdi el sentit de pol connector, aquestes dues realitats connectables han de tenir condicions semblants de producció, s'han de considerar entre si legítimes. És d'això del que hem anat parlant. Al mateix temps, en Joan planteja que és des dels nikosians que, en aquest cas, es posa en funcionament l'enllaç, s'estableix la passera; són els nikosians els qui aquí prenen i assumeixen la responsabilitat de sortir –o entrar– a conversar i relacionar-se en igualtat de condicions amb la comunitat. En relació amb aquesta idea de passar a l'acció, i en clau irònica, des de Radio Nikosia s'ha estat treballant en una nova definició per a incloure-la en el catàleg del DSM-V: “**síndrome del teòleg medieval**”. És un concepte que va sorgir d'un alumne de la carrera d'Antropologia de la Universitat Rovira i Virgili, de Tarragona, i que es va començar a delimitar a Nikosia sobre la base de la simptomatologia següent:

- Tendència a creure que el que un planteja s'erigeix en la veritat total i absoluta sobre els fenòmens tractats.
- Una fe cega i irracional en les definicions.
- Una dificultat i desídia per obrir-se a altres explicacions possibles sobre aquests fenòmens.
- Una necessitat d'imposar els criteris propis sobre els criteris d'individus en condicions de subalternitat davant dels quals es troba.
- Una tendència a evitar la complicitat i la negociació.
- Una dificultat de mirar als ulls els subjectes amb què interactua.
- Una negació irracional i constant a acceptar la desjerarquització dels processos clínics; etc.

Actualment Nikosia és coordinada des de l'Associació Sociocultural Radio Nikosia, una entitat que es va crear a partir de la iniciativa dels participants mateixos. Des d'aquí, i més enllà de les intervencions i l'acció en els mitjans de comunicació, s'organitzen altres activitats relacionades amb aquest mateix tipus d'aproximació que es manifesta en el caminar de l'experiència:

- La creació de seminaris i xerrades de sensibilització dictades pels membres de l'equip nikosià, en els quals es mira de desconstruir l'estigma a partir d'una trobada cara a cara amb estudiants universitaris, alumnes d'instituts, participants de congressos i públic en general.
- L'organització de tallers d'arts plàstiques, teatre, ioga, periodisme, etc., oberts a la comunitat però que impliquen a l'hora de dur-los a terme una predisposició sensible envers les persones diagnosticades.
- La coordinació d'un club social per a persones amb problemes de salut mental, un equipament del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

Bona part d'aquestes activitats s'organitzen al Centre Cívic Convent de Sant Agustí, un equipament municipal de Barcelona en què l'associació té la seu. En els últims anys Nikosia s'ha consolidat també com un espai de pràctiques per a estudiants de grau i postgrau de diferents carreres de l'àmbit de la comunicació, les arts i la salut en general.

8. Una experiència internacional

Més enllà de les experiències locals, hi ha una sèrie de projectes a escala internacional que, ateses les característiques paradigmàtiques que tenen en el sentit en què en parlem, mereixen almenys un esment. És el cas dels grups *hearing voices* ('escoltant veus' o 'escoltadors de veus'), que s'han desenvolupat fonamentalment a Anglaterra i als Estats Units. Són programes que es basen en les publicacions i els treballs que va elaborar el psiquiatre holandès **Marius Romme** des de la Facultat de Medicina de la Universitat de Maastricht, als Països Baixos, i darrerament des de la Universitat de Birmingham, a la Gran Bretanya. La idea base d'aquests col·lectius, que amb el temps s'han anat consolidant com a xarxes de suport mutu i construcció compartida d'alternatives al model clínic psiquiàtric, se centra en l'**observació de les veus**, no com una malaltia en si mateixa, sinó **com a manifestació de conflictes específics en la vida de l'individu**. L'HVN¹ s'ha transformat en una de les xarxes més importants per a bona part de les persones que conviuen amb aquesta realitat complexa i inexplicable per al comú de la societat. A Anglaterra, el moviment és potser un dels que tenen més impacte actualment. Es presenta d'aquesta manera:

⁽¹⁾Hearing Voices Network

"Ens hem compromès a ajudar les persones que senten veus. La nostra reputació creix a mesura que es comencen a conèixer les limitacions d'un enfocament exclusivament mèdic com a explicació a l'aparició de les veus. La psiquiatria es refereix a sentir veus com a «al·lucinacions auditives», però la nostra recerca mostra que hi ha moltes explicacions per a sentir veus. Hi ha moltes persones que comencen a sentir veus com a resultat d'un estrès extrem o un traumatisme.

Entre els seus objectius hi ha el d'oferir informació, suport i comprensió a les persones que senten veus i a aquelles que els donen suport, augmentar la consciència de sentir la veu, les visions, les sensacions tàctils o altres experiències sensorials, generar un marc per a parlar lliurement de les veus."

(www.hearing-voices.org)

Com es veu, aquí no es tenen en compte les veus en tant que manifestacions d'una desestabilització exclusivament orgànica. És a dir, davant de la realitat particular de les veus, hi ha un intent per proposar un abordatge que es fixi en la complexitat del fenomen en les dimensions socials, culturals, psíquiques, orgàniques, etc., i sobretot una aproximació que tingui en compte la **persona com a eix central del procés**.

Alhora, en el web de presentació de l'agrupació als Estats Units, es manifesta la proposta des d'una perspectiva semblant. Deixem-los parlar a ells:

“La Hearing Voices Network (HVN) dels EUA és una de les més de vint xarxes a escala nacional basades en tothom, unides per objectius i valors compartits, la incorporació d'una creença fonamental que hi ha moltes maneres d'entendre l'experiència de sentir veus i altres experiències extremes o inusuals. És part d'una col·laboració internacional entre els professionals, les persones amb l'experiència viscuda, i les seves famílies per a desenvolupar un enfocament alternatiu per a fer front a l'angoixa emocional, que està impulsant la gent i essent útil per a la gent, sense partir del supòsit que tenen una malaltia crònica.”

Entre els seus objectius hi ha els següents:

- Sensibilitzar la població sobre el fet de sentir veus, tenir visions i altres experiències extremes o inusuals.
- Donar suport a qualsevol persona que hagi tingut aquestes experiències i proporcionar l'oportunitat de parlar-ne lliurement i sense judici entre parelles.
- Fer costat a qualsevol persona que hagi tingut aquestes experiències a fi d'explorar, entendre, aprendre i créixer a partir d'aquestes experiències mateixes a la seva manera.
- Donar suport a les persones que proporcionen tractament, la família, els amics i la comunitat en general per a ampliar la seva comprensió i la seva capacitat amb l'objectiu de fer costat a les persones que han tingut aquestes experiències. (www.hearing-voices.org).

9. Conclusió

Com en certa manera veiem, hi ha un tipus de transformació de la qual parlem que no forma part solament d'una utopia acceptable en termes de possibilitat, sinó que també és una realitat que es pot palpar en l'acció quotidiana de col·lectius, entitats, agrupacions, xarxes, associacions que han aconseguit transcendir les inèrcies del model biomèdic hegemònic, treballant des d'una perspectiva integradora dels diferents sabers i articulant-los a partir d'una interacció permanent amb el tot comunitari. Giovanni Pizza, citant Gramsci, diu que:

“La hegemonía no es sólo el poder estatal que ejercita su autoridad en la acción coercitiva y la organización de un consenso naturalizado por los sujetos como «espontáneo». Hegemonía es también una política de transformación ejercida a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción modelante del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos.”

(Pizza, 2005)

I continua dient que l'hegemonia:

“Es un pensamiento dinámico que te lleva a no considerar como realidades eternas las ordenaciones provisionales de poder reflejadas en los conceptos mismos.”

(Pizza, 2005)

I és precisament aquesta feina desnaturalitzant que esmenta l'autor la que s'exerceix quotidianament des d'aquests grups en l'àmbit de la salut i el patiment mental. És una feina que posa en evidència les contradiccions del model biomèdic, i s'enfoca en la recuperació i l'escolta dels sabers profans, en l'articulació i la creació de lògiques participatives i en la promoció d'una creativitat transformadora com a eix de tot procés. Des d'aquests grups es pot pensar la construcció d'una altra hegemonia que s'enfronta, en termes de resistència i construcció d'alternatives, a la biomedicina, però que al mateix temps l'observa i comprèn en tant que saber possible i reconeix la necessitat de la trobada complementària amb la disciplina com una manera de construir itineraris d'un millor estar. “Yo soy yo y mis circunstancias, si no las salvo a ellas no me salvo yo”, diu Ortega y Gasset (2004) a *Meditaciones del Quijote*.

Les grans accions de disseny i posada en pràctica d'altres articulacions possibles s'han de pensar com el resultat d'una sinergia entre sabers, experiències, expectatives i una feina conjunta. Un procés de desjerarquització que potser es pot pensar també com una obertura cap a la fluctuació de les jerarquies dins del procés de la terapèutica. Això assumiria el fet que de vegades les jerarquies es poden pensar com el resultat, no ja d'una imposició des de les lògiques d'un poder vertical, d'un saber que s'imposa sobre l'altre, sinó com l'efecte de la sinergia que produeix una trobada de perspectives en què a cada saber li correspon –o no– el lloc de la paraula segons la particularitat o la perspectiva sobre

el fenomen analitzat. Parlem d'una sinergia nascuda del consens a partir de la valoració col·lectiva d'un i altre saber. Una mena de negociació des de la complexitat, l'escolta i l'elaboració compartida. És a dir, no es tracta d'invisibilitzar els rols de cadascuna de les parts, ni l'especificitat o profunditat dels diferents sabers (biomèdics, profans, etc.), sinó de qüestionar les dinàmiques de coacció i desrespecte des de les quals se solen regular i articular.

Al mateix temps, en resum, podem dir que el treball en la comunitat i amb la comunitat, aquesta feina per desenvolupar espais per a un millor estar entre societat i bogeria, s'ha de constituir des de territoris límit en relació amb les categoritzacions socials sobre els problemes mentals. És en aquests espais d'interterritorialitat, nous contextos de possibilitat, en què s'activen els mecanismes de construcció compartida i col·lectiva de les pràctiques socials. És aquí on es poden generar altres maneres de pensar la bogeria i on els individus poden accedir a l'opció de recuperar certa flexibilitat en la constitució de les seves identitats, una autonomia més àmplia per a construir discurs sobre si mateixos i una reapropiació semàntica i activa sobre els seus processos de vida.

Finalment, i en relació amb els dispositius d'atenció en salut mental, seguim Eduardo Menéndez quan proposa que s'ha d'impulsar des d'aquí una articulació entre aquests dispositius i els processos d'autoatenció, "de tal manera que se constituyera en parte central de sus estrategias". I continua: "Debería impulsarse un proceso donde se articulen la autoatención y la biomedicina a partir de reconocer la existencia constante del ejercicio de autonomías funcionales, intencionales y/o relativas en los sujetos y grupos".

Menéndez proposa, i ho subscrivim:

"Propongo la inclusión protagónica de los grupos y sujetos sociales a través de la autoatención –y por supuesto, de otros procesos y mecanismos–, pero articulada con los servicios de salud biomédicos y con las otras formas de atención, lo cual implica incluir la responsabilidad económica y social del Estado, tanto respecto de los servicios de salud como hacia los grupos y sujetos, pero con el objetivo de impulsar la articulación intencional de un proceso que hasta ahora está básicamente depositado en los sujetos y grupos sociales, así como para incrementar la eficacia del mismo y de ser posible reforzar la capacidad y autonomía de dichos grupos sin abdicar de la responsabilidad del Estado..."

Cada vegada és més necessària la creació i l'articulació d'eines o estratègies d'acció no ja des de la solitud de les disciplines expertes, sinó a partir de l'elaboració conjunta amb els subjectes, els grups o els col·lectius que travessen les situacions de malestar psíquic. Ens referim a la creació de les estratègies conceptuals, els instruments culturals, que els permetin bregar amb la situació de dominació de la qual són objectes, i transformar-la. No es tracta de "donar-los" aquestes eines, sinó de descobrir-les i construir-les col·lectivament. Pas a pas, una a una. En l'àmbit de la salut mental, sabem la complexitat que hi ha perquè vagin més enllà dels protocols, la generalment senzillesa que les nostres tasques siguin una sèrie d'activitats predefinides que hem de reproduir. La feina necessària, però, no és aquesta, sinó la dimensió de la micropolítica, l'elaboració de camins terapèutics ajustats a l'àmbit individual i emmarcats en el sociocomunitari. En vista de les circumstàncies en què desenvolupen

les biografies els subjectes de la bogeria, és crucial desenvolupar-les amb ells; no solament pràctiques de reconstrucció d'una terapèutica pròpia i individual ancorada en l'àmbit social, sinó alhora i sobretot elements de descodificació que els permetin apropiar-se la semàntica que els defineix, i les dinàmiques d'opressió de què són objecte, per a construir plegats, a partir d'aquí, aquelles retòriques de la insubmissió. Retòriques que portin a l'acció, no per oposició sistemàtica, perquè continuaria legitimant allò que oprimeix, sinó a partir d'una reelaboració dialèctica de les significacions i de les accions que se'n derivin, que portin un procés de millor estar.

Glossari

agency *m* Concepte desenvolupat per Antonio Gramsci relatiu a la capacitat dels subjectes d'actuar i transformar les circumstàncies per què passen. L'evidència d'aquesta capacitat per a sobreposar-se als fets.

ajustos secundaris *m pl* Concepte desenvolupat per Ervin Goffman que es refereix a tot allò que fa l'individu en relació amb el seu estat de salut davant d'un determinat problema, però que és més enllà del que indica el model biomèdic i altres sabers experts.

càrrega semàntica *f* Sentits socials atribuïts a un determinat fenomen, context, territori, moment, etc.

desemmalaltir *v tr* Desanomenar de malaltia la identitat dels subjectes diagnosticats. És a dir, produir contextos de possibilitat en què les seves identitats siguin vistes més enllà de la idea de malalt mental.

habitus *m* Concepte desenvolupat per Pierre Bourdieu que es refereix al coneixement relatiu a l'experiència del subjecte, al fet de viure entre certes circumstàncies historicotemporals. Coneixement que pot ser conscient o inconscient i que pot ser aplicat o no. És tot allò que se sap i el que no se sap que se sap.

sabers profans *m pl* Sabers propis de les persones diagnosticades de problemes de salut mental. Sabers teòrics i pràctics que resulten de la pròpia experiència subjectiva en relació amb el problema i que solen generar estratègies que es poden considerar terapèutiques.

Bibliografia

- Bordieu, P. (1991). *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Correa-Urquiza, M. (2009). *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis doctoral presentada a la Universitat Rovira i Virgili, de Tarragona.
- 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.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- García, J. (2010). La sutil frontera [document en línia]. *Bostezo*. València: Ed Digital. 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.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Lévi-Strauss, C. (1999). *Raza y Cultura*. Madrid: Altaya.
- Martínez Hernández, Á. (1994). *El síntoma y sus interpretaciones: en los límites de la Psiquiatría y la Antropología de la medicina contemporáneas*. Tesis doctoral presentada al Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i d'Àfrica de la Universitat de Barcelona. Barcelona.
- 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. (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.
- Ortega y Gasset, J. (2004). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Ed. De José Luís Villacañas / Biblioteca Nueva.
- 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).
- Trías, E. (1999). *La razón Fronteriza*. Barcelona: Ed. Destino.
- Trías, E. (2000). *Ética y condición humana*. Barcelona: Península.