

***No sé què em passa: traducció inversa i  
subtitulació d'un programa de divulgació  
científica sobre esquizofrènia***

**Irene Virgínia Sahun López-Huertas**

**Grau en Traducció i Interpretació de Llengües Aplicades**

**Tutora: Auba Llompart Pons**

**Universitat Oberta de Catalunya**

**Resum:** En aquest treball es realitzen i s'analitzen els processos de traducció inversa i subtitulació d'un fragment d'un programa de televisió. El text que es treballa té una naturalesa científica però en clau divulgativa i consisteix en una xerrada sobre esquizofrènia amb un psiquiatre, una moderadora i la familiar d'una pacient. Una de les motivacions darrere d'aquest treball és que avui dia els subtítols són molt presents en la nostra vida, però no sempre són de qualitat o hi ha un reconeixement de la feina de l'autor. A través de la realització del procés complet s'intenten reproduir les dificultats i reptes associats a cadascuna de les tasques particulars per a fer-ne una anàlisi posteriorment. El treball es podria dividir en dues parts: una més pràctica i una de teòrica. La vessant pràctica involucra el visionament del programa i la selecció d'un fragment, la transcripció, la traducció primera i finalment la subtitulació. En canvi, la part més conceptual intenta establir el marc teòric dels reptes generals que planteja el text, així com l'anàlisi traductològica a través d'exemples. A l'anàlisi es fa una descripció de les estratègies de traducció i adaptació emprades en base a la literatura existent, i finalment es plantegen les conclusions, les quals giren entorn de la reafirmació de la importància de la figura del professional que tradueix i subtitula gran part del material que consumim diàriament.

**Paraules clau:** traducció inversa, traducció científica, subtitulació, textos divulgatius, estratègies de traducció

**Abstract:** This paper consists in the performance and analysis of the reverse translation and subtitling process of a television show that discusses scientific topics in a rather accessible way. It consists on a discussion on schizophrenia between a psychiatrist, a patient's relative and a moderator. One of the main motivations behind this project is the prominent presence subtitles have in our daily lives today, and the fact that they may sometimes lack accuracy or recognition of the author's work. Through the completion of the whole process the intention is to reproduce and deal with the challenges and demands derived from each particular task, as well as to analyze them subsequently. Two parts can be distinguished in the present paper: practical and theoretical. The first one includes the viewing of the show, the selection of an extract to work with, its transcription, reverse translation and subtitling. The conceptual part is focused on building the theoretical framework for the main challenges expected to come across during the practical part, but also on delivering an analysis of the translation decisions made all throughout the text. Translating and adapting strategies are described in the analysis section based on existing literature in order to reach some conclusions, not only in this regard but also about reasserting the key role of those professionals who translate and subtitle most of the content we consume on a daily basis.

**Keywords:** reverse translation, scientific translation, subtitling, informative texts, translation strategies

## Índex

1. Introducció.....	pàg. 3
1.1. Objectius.....	pàg. 3
1.2. Motivacions.....	pàg. 4
2. Metodologia.....	pàg. 5
3. Marc teòric.....	pàg. 6
3.1. Els subtítols en el context de la traducció audiovisual.....	pàg. 6
3.1.1. Convencions per subtitular.....	pàg. 9
3.2. Traducció inversa.....	pàg. 11
3.3. Traducció de terminologia científica.....	pàg. 12
4. Sobre <i>No sé què em passa</i> .....	pàg. 14
5. Traducció del fragment.....	pàg. 15
5.1. Traducció primera.....	pàg. 15
5.2. Traducció adaptada per a subtitulació.....	pàg. 22
6. Anàlisi traductològica.....	pàg. 36
6.1. Traducció inversa .....	pàg. 37
6.1.1. Problemes derivats de la traducció inversa.....	pàg. 37
6.1.2. Estratègies de traducció.....	pàg. 39
6.2. Terminologia científica.....	pàg. 44
6.3. Traducció adaptada per a subtitulació.....	pàg. 45
7. Conclusions.....	pàg. 48
8. Bibliografia.....	pàg. 51
9. Annexos.....	pàg. 53
9.1. Transcripció.....	pàg. 53

# 1. Introducció

## 1.1 Objectius

Aquest treball té un objectiu transversal que inclou la traducció inversa, l'adaptació i la generació de subtítols d'un programa de divulgació científica. En concret, s'ha triat un fragment d'un programa televisiu de divulgació sobre esquizofrènia emès el 1995, de manera que es planteja el repte afegit de traduir terminologia tècnica, concretament de l'àmbit de la salut mental. Per abordar aquesta tasca es pretén, primerament, descriure i donar un context teòric als processos esmentats per tal de poder analitzar posteriorment els possibles problemes, estratègies i particularitats que sorgeixin durant la transcripció, traducció i subtitulació.

Amb l'objectiu de produir una traducció i una adaptació per a subtítols adient i ajustada als estàndards actuals, d'una banda, es revisaran la història i antecedents de la traducció audiovisual i, més en concret, del camp de la subtitulació, la qual és clau avui dia per a accedir i connectar amb la infinita varietat de contingut audiovisual d'arreu del món que tenim a l'abast avui dia. D'altra banda, es farà un repàs a l'origen històric i les dificultats específiques a nivell teòric que van de la mà de la traducció de terminologia científica. Com que és un tema molt ampli la informació se centrarà més aviat en l'àmbit divulgatiu, tenint en compte que és el que més s'ajusta al tipus de programa que s'ha triat per a aquest treball. Considerant que l'estil de traducció serà l'invers (de català a anglès), valdrà la pena aturar-se a valorar què es recull a la bibliografia, quines diferències presenta amb la traducció cap a la llengua A i, en general, tot allò que caldrà tenir en compte i preveure, tant abans de començar a traduir com durant el procés.

Finalment, als apartats de traducció i anàlisi s'intentaran resoldre i explicar els reptes derivats de la traducció inversa i terminològica d'un fragment del programa, i finalment presentar una traducció adaptada per a subtítols fidel al marc teòric establert en les seccions anteriors. La part pràctica del treball es recolza en les bases teòriques establertes a l'inici, de manera que les conclusions idealment recolliran la relació entre els resultats de l'anàlisi i el plantejament teòric inicial.

## 1.2 Motivacions

Una de les motivacions darrere d'aquest treball, la qual ha decantat la tria del material audiovisual que es traduirà, és el fet d'haver cursat la carrera de Psicologia. Considero que m'ha donat eines i recursos que em poden ser de molta utilitat a l'hora de prendre decisions traductològiques que afecten a la terminologia especialitzada.

A banda d'això, el fet de plantejar la traducció de manera inversa, de la llengua materna a la llengua apresada, és una manera d'afegir un repte que em permetrà canviar tant la perspectiva com el procediment traductològic habitual i així podré comparar totes dues experiències. D'aquesta manera farem una aproximació cada cop més precisa segons què se'ns demani.

Finalment, m'he decantat per traduir material audiovisual perquè crec que aquest intercanvi de contingut serà una constant en el futur tal com ho és ara, i que sovint no es tracta amb el rigor que caldria. En relació amb això, i com a última motivació, voldria fer notar la importància de la figura del traductor per sobre de les traduccions i subtítols automàtics en el món audiovisual. Trobo que hi ha una falta d'atenció a la qualitat dels subtítols i de la traducció *per se* a gran part del contingut audiovisual que consumim avui dia.

## 2. Metodologia

Aquest treball vol reflectir el procés de traducció, anàlisi traductològic i adaptació per a subtítols de la transcripció d'un fragment d'un programa científic divulgatiu. L'elaboració ha consistit de diverses tasques repartides en el període de febrer a juny de 2021, les quals inclouen la fase de documentació i investigació, la fase pràctica, la fase analítica, i les conclusions. A continuació s'enumeren els passos que s'han seguit:

1. Tria del programa i el fragment a traduir i adaptar per a subtítols.
2. Planificació de la feina a través d'un pla de treball inicial amb un índex provisional, els objectius i les motivacions, l'enllaç al vídeo i finalment un cronograma per tenir una visió global de la progressió de les tasques.
3. Recerca bibliogràfica sobre els principals temes del treball: traducció audiovisual, traducció inversa i traducció de textos científics divulgatius.
4. Redacció de la introducció i els objectius.
5. Redacció del marc teòric i de la presentació del programa.
6. Transcripció del fragment seleccionat.
7. Traducció primera del fragment seleccionat, recerca de textos paral·lels, paral·lelament a la redacció de l'anàlisi traductològic d'aquesta fase.
8. Adaptació per a subtítols a través del programa Aegisub paral·lelament a la redacció de l'anàlisi traductològica del procés d'adaptació.
9. Redacció de les conclusions.

### 3. Marc teòric

#### 3.1 Els subtítols en el context de la traducció audiovisual

Abans de parlar dels subtítols cal posar en context el seu paper dins del camp de la traducció que ocupen. En aquest cas es tracta de la traducció audiovisual.

Si bé l'ésser humà es comunica socialment des de pràcticament l'inici de la seva existència com a espècie, segons Thompson (2013) les condicions de l'entorn i el tipus de vida (i de societat) han anat modificant i adaptant la manera en què aquesta comunicació té lloc. Per exemple, Llácer (1997: 2) parla de pràctiques de traducció oral en temps remots, abans que aparegués la traducció escrita (i té sentit, tenint en compte que el llenguatge escrit va sorgir posteriorment). Un cop es va dominar el llenguatge escrit va sorgir la necessitat d'establir connexions i equivalències entre llengües. De fet, Llácer (1997: 2) cita l'afirmació d'Amparo Hurtado sobre l'existència de traduccions escrites a Babilònia que daten de l'any 2000 a.C.

Des de llavors les societats i cultures humanes han anat canviant de manera que les ciències que depenen de la comunicació, especialment entre llengües, com ara la traducció i la interpretació, s'hi han adaptat de manera natural. Segons Tyulenev (2013: 5), "translation is never practised (and therefore, should not be theorised) outside the social context". Així doncs, el context social ha creat oportunitats de desenvolupar branques relativament noves, com la traducció audiovisual, en la qual ens centrarem, la teleinterpretació, o els avenços generals en el procés de traducció gràcies a la tecnologia actual. Per entendre en què consisteix la traducció audiovisual, primerament ens centrarem en l'objecte d'estudi d'aquest camp: el text audiovisual. Eduard Bartoll (2016: 14) en defineix les característiques:

La característica principal del text audiovisual és que el seu missatge es transmet mitjançant dos canals, l'acústic i el visual, i tant l'un com l'altre poden ser verbals o no verbals. La combinació de les quatre possibilitats (acústic, visual, verbal i no verbal) és el que dóna com a resultat el text audiovisual pròpiament.

A continuació vegem com és descrita l'aparició de la traducció d'aquest tipus de textos. Aline Remael (2010: 12) en diu això:

Audiovisual Translation (AVT), although a relative newcomer within the field of Translation Studies (TS), has moved from the field's periphery to its centre over the past two decades. The earliest form of AVT may have been translation of intertitles in silent films, but far greater needs for translation arose with the advent of 'talking movies' in the 1920s and the necessity of providing films with translations (so as to secure exports, especially for the US film industry). [...] Initial research publications on AVT date from the mid-fifties and sixties, but a true research and publication boom did not occur until the early 1990s.

L'autora, doncs, a banda de recolzar la idea que la traducció audiovisual és una incorporació recent als estudis traductològics (no va proliferar com a disciplina fins els anys 90), assenyala una realitat molt interessant i que, en part, ha motivat aquest treball: el fet que en els últims anys la traducció audiovisual ha guanyat molta força i presència en el món de la traducció. Això, per descomptat, ha estat gràcies a que la tecnologia audiovisual, en forma d'electrodomèstics i serveis com ara televisió, la ràdio, els equips de música o els ordinadors amb connexió a Internet, és present en una proporció molt elevada de la població general (si parlem de països del mal anomenat primer món, és clar).

La mateixa autora ens dona la clau per entendre una de les raons per les quals va tenir lloc aquesta expansió de l'abast de la traducció audiovisual, i no és altra que la indústria cinematogràfica dels Estats Units i la seva necessitat d'exportar els productes a altres països de parles diferents. És en aquest moment d'expansió de la TAV que trobem diferents maneres d'encarar la traducció d'un text audiovisual a una altra llengua. Frederic Chaume (2013: 14) adopta un punt de vista més tècnic per definir la TAV, però coincideix a destacar la subtitulació com una eina molt emprada dins d'aquest camp:

La traducción audiovisual (TAV) es la denominación con la que los círculos académicos se refieren a las transferencias semióticas, interlingüísticas e intralingüísticas entre textos audiovisuales, tanto a las más consolidadas, como el doblaje y la subtitulación, como a las más novedosas, como el rehablado o la audiosubtitulación, por ejemplo.

Entrant en matèria més tècnica pel que fa als subtítols, vegem-ne una definició exacta i una revisió dels pros i els contres abans de veure les convencions a les quals un text s'ha d'ajustar



perquè es consideri que el producte està subtítulat. Jorge Díaz Cintas i Aline Remael (2014: 8) proposen aquesta explicació:

Subtitling may be defined as a translation practice that consists of presenting a written text, generally on the lower part of the screen, that endeavours to recount the original dialogue of the speakers, as well as the discursive elements that appear in the image (letters, inserts, graffiti, inscriptions, placards, and the like), and the information that is contained on the soundtrack (songs, voices off).

Aline Remael (2010: 12) afegeix context històric a l'aparició dels subtítols i aporta una pinzellada sobre les raons que motiven encara avui dia l'elecció d'un tipus de traducció audiovisual o altre:

Various forms of translation were tried, even multiple language versions of one film, with subtitling and dubbing soon becoming the preferred modes. Selection between the two was determined by economic, ideological and pragmatic factors in the respective target countries.

Aquest últim detall és clau per entendre la decisió de doblar o subtítular un producte audiovisual. Hi ha moltes circumstàncies que influeixen en la decisió de doblar o subtítular, com ara la història de cada país; aquells indrets on hi ha hagut un nacionalisme més marcat tendeixen a ser consumidors de productes audiovisuals estrangers doblats, i hi ha més recança a l'hora d'acceptar l'altra opció, i viceversa. Espanya és un d'aquests casos, però no l'únic. Els costos que planteja cada opció també són un factor decisiu, i en aquest sentit la subtítulació és l'alternativa més assequible. Actualment tenim disponibles plataformes exclusivament dedicades a oferir contingut audiovisual d'arreu del món (i no només de parla anglesa), i cada cop més usuaris de països amb tradició de doblatge, com Espanya, trien la versió original amb subtítols (tot i que gairebé sempre s'ofereix la versió doblada).

Així doncs, si ens plantegem els pros i contres de cadascun dels mètodes des del punt de vista del públic, trobem arguments de totes dues bandes. Koolstra, Peeters i Spinhof (2002: 326) els resumeixen dient que "dubbed programmes are easy to follow because viewers do not have to read while viewing." D'altra banda, pel que fa als defensors dels subtítols, els autors afegeixen que "there is annoyance about the imperfect lip-synchronicity in dubbed

programmes, and subtitling is defended with the argument that the original voices of the actors are left intact.” A part d’això, com s’ha comentat anteriorment, factors econòmics o ideològics poden condicionar els creadors o distribuïdors del producte audiovisual a triar un o altre mètode.

### 3.1.1 Convencions per a subtitular

Per tal de crear un consens entre els professionals que es dediquen a la subtitulació, s’han establert uns criteris molt concrets que cal tenir en compte a l’hora de codificar un missatge. De fet, autors com Díaz i Remael (2014: 9) aporten un matís que va més enllà de traduir:

For some, this activity falls short of being a case of translation proper because of all the spatial and temporal limitations imposed by the medium itself, which constrain the end result. They prefer to talk about adaptation [...].

Aquest factor ha condicionat la metodologia d’aquest treball, de manera que per arribar als subtítols finals hi haurà dues “traduccions”: la primera, a partir de la transcripció, centrada en traslladar el missatge amb el màxim grau d’equivalència que sigui possible, i la segona adaptarà la traducció (i sovint, la formulació del missatge) a les convencions que es descriuran a continuació. Es farà així per mirar d’optimitzar la tasca corresponent a cada procés i d’aquesta manera evitar perdre informació, en lloc d’intentar traduir directament ajustant el missatge als criteris de subtitulació.

Tenint en compte que el programa pel qual generarem els subtítols és de TV3, s’han seguit els criteris i convencions gràfiques de subtitulació del lloc web ésAdir, relacionat directament amb la Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals. S’enumeren a continuació les categories més rellevants obtingudes a partir de la informació de la web ésAdir (CCMA, s.d.):

#### 1. Durada

- a. Els subtítols han de quedar centrats a la part inferior de la pantalla i no han de tenir més de dues línies. Si les dues línies són de longitud diferent, s’han de centrar.
- b. El temps recomanable de permanència en pantalla és d’1,5-2,5 segons per a un subtítol d’una línia i 3-5 per a un subtítol de dues línies. Com a màxim poden

romandre 6 segons. El temps mínim de permanència és 1,5, però pot ser inferior si és un monosíl·lab.

- c. Hi ha d'haver un interval entre l'aparició d'un subtítol i la del següent d'uns 4 fotogrames.
- d. Cal mirar d'ajustar els temps de permanència als canvis de pla de la pel·lícula.

## 2. Forma dels subtítols

- a. Si al mateix subtítol s'han de transmetre les veus de dos interlocutors, sempre escrivim un guió davant de cada personatge.

## 3. Diferències tipogràfiques

- a. El títol inicial va amb majúscules, així com cartells i inserts de titulars de diaris, anuncis i indicacions que surtin en una imatge.
- b. Cal subtítular les cançons, excepte si coincideixen amb l'aparició de crèdits, o tenen una funció ambiental.
- c. Si hi ha cursiva, s'utilitza per indicar veus en off, però també pot indicar que en un diàleg algú parla en una altra llengua.
- d. Les cometes s'utilitzen per emmarcar cites, les quals comencen en majúscula si precedeixen dos punts.

## 4. Partició

- a. S'ha d'evitar partir una paraula en dues ratlles. La partició ideal coincideix amb un signe de puntuació.
- b. Si no és possible evitar-ho, cal tenir en compte que hi ha estructures que no es poden separar.

## 5. Signes de puntuació

- a. Cal afegir als subtítols tots els signes de puntuació que corresponguin.
- b. No cal indicar amb punts suspensius que una frase es reparteix en diversos subtítols.

N'hi ha d'altres a tenir en compte, però aquests són els principals. No es parla del nombre de caràcters per línia permessos, però a la Guia de Subtitulació de la UB (2013: 31) hi apareix la referència, cada línia ha de tenir entre 35 i 37 caràcters.

A més d'això, i com a cloenda d'aquest apartat, l'ésAdir (CCMA, s.d.) planteja dins del primer apartat la raó per la qual traduir per a subtítols és un procés diferent a la traducció directa:

Convé tenir present que subtitular una producció aliena no és encabir tot el text de la traducció en els subtítols, sinó reescriure aquest text d'acord amb els condicionaments que aquí s'expliquen, mantenint-ne la cohesió interna. Si no hi ha un treball previ de resum, no es podran fer subtítols llegibles ni entenedors.

### **3.2 La traducció inversa**

Quan parlem de traducció en general, la majoria de les vegades ens referim a la traducció directa. Aquest tipus de traducció es considera la situació traductològica ideal, la qual implica traduir de la llengua B a la A, on la A és la llengua materna, i la B la llengua estrangera que dominem.

Es parla molt poc de la traducció cap a la llengua estrangera, tal com va notar Allison Beeby Lonsdale (1996) al seu capítol sobre traducció inversa, on parla de l'aparició de noves publicacions a l'època sobre didàctica de la traducció en general, però també de l'escassetat de material sobre l'ensenyament de la traducció inversa. La mateixa autora posa de manifest el problema més comú a l'hora de traduir de manera inversa: la falta de simetria en les competències lingüístiques de les dues llengües (A i B, català i anglès en aquest cas). Dorothy Kelly (1997: 175) reconeix i identifica el principal problema a l'hora d'encarar els dos tipus de traducció:

Está claro que la diferencia básica entre estos dos tipos de traducción en un contexto formativo estriba en las diferentes dificultades que suponen para los estudiantes: la traducción directa suele presentar como primera dificultad para el estudiante la comprensión del texto origen, mientras que en el caso de la traducción inversa la dificultad mayor se traslada a la fase de reconstrucción del texto en la lengua término.

Reconstruir un missatge en la llengua B demana tenir un coneixement que va més enllà del nivell lingüístic. Cal tenir nocions de les particularitats que aporten personalitat a cada idioma, com ara les frases fetes, els jocs de paraules, les expressions, tot plegat considerant l'adequació i naturalitat del missatge a cada context i registre. Això implica que com més gran sigui el coneixement cultural, lingüístic i fins i tot especialitzat que tingui un traductor de la

llengua estrangera que domina, menys dificultats trobarà a l'hora de traduir cap a la llengua B, i a la inversa.

Tot i això, en base a aquesta asimetria potencial del traductor en el domini de les dues llengües, Kelly (1979: 111) cita algun dels autors que no reconeixen aquesta modalitat com a traducció, o que consideren que només és útil com a part del mètode d'aprenentatge d'una llengua estrangera, com ara Johan Gottlieb Herder (1677) o Ladmiral (1979: 40). D'altres, com Silvia Roiss (2001: 1), rebutgen aquesta última idea i es posicionen a favor de considerar la TI com a part de les competències que ha de tenir un traductor:

Ser versátil significa para el traductor, entre otras cosas, ser capaz de traducir a ambas direcciones. Por este motivo, opino que hoy en día es indefendible la idea, todavía frecuente, de entender la enseñanza y la práctica de la traducción inversa –en adelante TI– como mero ejercicio dirigido al perfeccionamiento de la lengua extranjera; idea que, en definitiva, se sustenta en la convicción de que el traductor profesional no debería practicar la TI.

A l'article, l'autora exposa el procés i els resultats d'un estudi estadístic sobre la pràctica de la traducció inversa a Espanya, i conclou que, en aquell moment, era una pràctica tan habitual com la traducció directa. En aquest treball, per descomptat, s'ha adoptat aquesta posició respecte la TI com a part de les competències professionals d'un traductor.

### **3.3 Traducció de terminologia científica**

Fins ara hem vist de manera superficial com la traducció s'ha adaptat als canvis socials i tecnològics, especialment durant els últims anys, i el món de la ciència no n'és una excepció. La traducció de textos científics, com la de tots els textos de temàtica especialitzada, demana un domini elevat de la terminologia.

En paraules de Cabré (2004: 3), "la terminologia como actividad inconsciente apareció en el momento que alguien necesitó referirse a la realidad de un modo preciso y exacto." A partir d'aquesta afirmació és fàcil connectar aquesta necessitat amb, per exemple, el camp de la medicina i la investigació, en el qual és vital (literalment) que hi hagi una terminologia comú a tot el sector. Cabré (2004: 3) completa la reflexió i subscriu aquesta idea: "Como actividad consciente surgió del interés de los científicos para ponerse de acuerdo en la fijación de los conceptos y denominaciones de sus respectivas ciencias."

Així doncs, l'objectiu principal de la traducció científica com a activitat general és reformular en un altre idioma textos d'alt nivell d'especialització mitjançant l'ús adequat i rigorós de la terminologia per tal de plasmar la informació del text a traduir de la manera més precisa i acurada possible en el producte final. És important mantenir el registre (formal o informal) del text original, que pot variar segons el context i l'audiència del text, com veurem a continuació.

Sevilla i Sevilla (2003: 20) distingeixen tres nivells de comunicació en què es fa ús del registre científic-tècnic: el primer inclou la comunicació entre especialistes, a través del llenguatge escrit o oral, en un context formal; el segon fa referència a tota comunicació entre científics i tècnics en context informal i el tercer es refereix a la transmissió d'informació científica i tècnica al públic general a través de publicacions o programes divulgatius. Per la finalitat d'aquest treball ens centrarem en l'últim nivell, el divulgatiu.

La particularitat que presenten els productes audiovisuals (i textos) divulgatius és que tenen una temàtica especialitzada però s'adrecen a un públic que pot no tenir un coneixement en profunditat, o ni tan sols estar familiaritzat en absolut amb la matèria en qüestió, de manera que conèixer l'audiència serà un factor clau a tenir en compte a l'hora de traduir aquest tipus de contingut audiovisual. Sevilla i Sevilla (2003: 28) també fan un repàs de les consideracions rellevants per gestionar aquest contingut:

El autor del discurso no podrá tratar el tema en profundidad, y habrá de emplear en menor medida los recursos más específicos del registro científico-técnico. En el caso de hacer uso de términos o conceptos complejos deberá incluir explicaciones para que el destinatario sea capaz de entenderlos. Igual que en el caso anterior, el conjunto de lectores o interlocutores no especializados difiere mucho (este grupo es más amplio y heterogéneo que el de especialistas) en cuanto a conocimientos sobre la materia, por lo que también encontramos una gradación en el discurso divulgativo dependiendo de los conocimientos que posea el destinatario.

Així doncs, tot i la variabilitat que presenta l'audiència en els coneixements de diferents temes especialitzats, cal no perdre de vista aquell sector del públic general que no té cap noció del tema i prioritzar l'elaboració d'un missatge entenedor i informatiu per davant de tot.

Els termes especialitzats són unitats molt sintètiques i altament informatives des del punt de vista de qui hi està familiaritzat, però incloure'ls en un text divulgatiu sense cap garantia que

l'audiència té el context teòric i tècnic necessari acaba entorpint el seguiment del text (a través de la lectura o de programes de TV i ràdio) i generant al lector confusió i incomoditat.

#### **4. Sobre *No sé què em passa***

*No sé què em passa* és un programa de divulgació sobre salut, salut mental i altres temes relacionats amb el comportament humà. Es va emetre a TV3 entre els anys 1994 i 1995, i estava presentat per la periodista i presentadora Àngels Barceló i el doctor en psiquiatria i divulgador, Joan Corbella.

Cada episodi tracta una qüestió diferent, com ara pors i fòbies, hipocondria, depressió, afers de parella o, el que s'ha triat com a base per a la traducció i anàlisi traductològic, que gira entorn de l'esquizofrènia. En funció del tema, a banda del doctor Corbella també s'hi conviden experts per tenir una visió més àmplia i més rigorosa de cada tema. En aquest cas el convidat és el doctor Solà, també psiquiatra.

Considero que l'interès principal del programa rau en el format, perquè es debaten qüestions molt quotidianes i s'hi inclouen tant els experts com la moderadora com els convidats. Així doncs, d'una banda compta amb l'opinió i perspectiva d'experts en la matèria i d'altra banda el públic, que també participa en el programa de manera que els convidats que comparteixen les seves experiències a cada programa són persones afectades directa o indirectament pel tema de l'episodi del dia. En el cas del capítol sobre esquizofrènia, una de les convidades és la germana d'una persona amb esquizofrènia, de manera que hi ha la comunió dels testimonis reals amb l'experiència i coneixements teòrico-pràctics del psiquiatra i l'especialista convidat.

Així, tot i que els experts fan servir alguna paraula pròpia del camp científic en què són experts, en general hi ha un llenguatge formal però sense un abús de terminologia i tecnicismes, de manera que és una interacció assequible i fàcil de seguir per a l'audiència general. A continuació s'inclouen els enllaços al material original i al fragment sense subtítular:

- Vídeo original: <https://www.ccma.cat/tv3/alacarta/no-se-que-em-passa/no-se-que-em-passa-capitol-25/video/5758313/>

- Fragment sense subtítols: <https://youtu.be/eWl1hnpMHq>

## 5. Traducció del fragment

### 5.1 Traducció primera

A continuació es presenta la primera traducció de la transcripció del fragment. La transcripció està inclosa a l'annex (pàg. 53).

*What's wrong with me? - Schizophrenia (insert)*

**Àngels Barceló:** We were saying at the beginning of the show that schizophrenia is one of the most serious mental illnesses known to date. Tonight we have Dr. Albert Solà with us to further discuss this. He is a psychiatrist and has also written an informative book on schizophrenia. A book especially made for schizophrenia patients' relatives. Doctor Solà, good evening and welcome.

**Dr. Solà:** Good evening.

**Àngels:** Can we say there are different types of schizophrenia?

**Dr. Solà:** Yes, indeed. I mean, I would even suggest the term *schizophrenia* to be expanded to the plural, as in "there are *schizophrenias*" given that this disorder can have different sorts of onsets, as well as different ways in which it can be manifested. I would add, however, that depending on the country in which the diagnosis is being made, it could be considered as a group of psychiatric syndromes included in the global diagnosis of schizophrenia, which tends to be the case in the US. However, in Europe things are seen quite differently, the focus is on the concrete symptoms, such as the deliriums or hallucinations.

**Àngels:** The symptoms aren't always the same. Do they differ depending on each patient?

**Dr. Solà:** Especially in the earlier stages. It is sometimes hard to detect this condition, not only for these patients' relatives, but even for doctors themselves. This is because the patient often gives the impression of being in a depressive phase, meaning a phase of reclusiveness, of disconnection from their environment, right? This is usually mistaken for a depressive behavior, and because it usually begins at one specific moment in life, especially in adolescence, it is also confused with school-related issues. I mean, for instance if a boy wants to give up school, or if he has to join the military service, the symptoms are seen as an excuse not to do the military service, and so on. This happens in the beginning, until the outbreak



appears, since schizophrenia is an episodic disease, and it strikes with all the hallucinatory, delusional symptoms, in such an obvious way that the diagnosis can be easily made at that point.

**Àngels:** So these are the symptoms that differentiate a patient with schizophrenia from a manic-depressive one, the ones you were saying are usually confused with, right?

**Dr. Solà:** Exactly, I mean, the manic-depressive disorder can also present itself with an equally delusional phase, but it's way more obvious. I mean, during the manic phase the individual feels immense happiness, it's the euphoria phase, they think they own the world, spend huge amounts of money, get a Mercedes, buy new clothes, etc. Until the phase changes, they become aware of what they have done and get depressed. However, the outbreak does not get as abrupt as it does with the schizophrenic patient. Schizophrenia patients present a reclusive behavior, a retreat into their inner selves. A journey inside their own mind, which is filled with unfathomable places that become inaccessible to the patients' environment.

**Àngels:** Abrupt outbreak is a term just used by Dr. Solà, which Dr. Corbella had also mentioned earlier. There is someone here who can give us a faithful insight on this drastic change. Anna, your little sister is schizophrenic, right?.

**Anna:** Yes, she is.

**Àngels:** Up until the age of eighteen she was an outgoing girl, she studied, she went out. But everything changed one day.

**Anna:** In fact it was out of the blue. I mean, she had a job, she passed a public competition, she was studying Pedagogy. She was a regular girl who did her job, studied, etc. Such an extroverted, nice girl. And all of a sudden she started saying that the TV was talking about her, that we... well, she distrusted us, she kept saying that her coworkers had it in for her... She acted very strangely, she used to get lost on her way back home. I mean, she left work and it took a very long time for her to get back home, and when she did she had no idea where she had been. She would even lose the money my parents gave her. And well, we started thinking there might be something behind it all, but we never considered the possibility of a psychiatric disorder, let alone a psychological one.

**Àngels:** At first, for example, you suspected it might have something to do with drugs, right?

**Anna:** Yes, by all means. She was acting weird to us, but it all came so suddenly, her behaving in such an unusual way... And, of course, we had no knowledge of this disorder. At the time we could just think of, well, what was going around back then.

**Àngels:** You even took her to a detox center.

**Anna:** She got lost one day, and when we finally found her she had no clue where she had been. That day we decided we had to take her somewhere. We didn't know where to go, so we finally headed for this detox center. There we were told she had no symptoms of abuse or addiction of any drug, but that it still was a serious illness.

**Àngels:** And this is not an isolated case.

**Dr. Corbella:** No, it's not. In fact, I was meaning to mention it earlier, some cases have an outbreak such as this one, and paradoxically there has been a one-time intake of a drug, which may even...

**Anna:** This is not the case.

**Dr. Corbella:** No, but I mean, sometimes this circumstance even creates this expectation of thinking "maybe it's the drug effect." And there might even be this one relative who insists on the fact that someone drugged the patient, and they come to the doctor's office saying "it surely happened in that club, someone must have put something in her drink because she's completely changed" or "somebody changed this person". I mean, we see this on a daily basis in our profession, the family is so shocked by how different the person has become that they keep looking for some external cause. And of course, the blame tends to be placed on recreational drugs we are familiar with nowadays, which have nothing to do with what's really going on.

**Àngels:** So it never crossed your mind that it could be schizophrenia.

**Anna:** We had never heard of it. We first took her to a psychologist and, well, he told us that it was beyond his field of expertise, that it was more serious. So, we went to see a psychiatrist and, well, when he told us we had no idea of what this disorder was, we knew nothing about it.

**Àngels:** How did you feel the very moment she was diagnosed?

**Anna:** Well, we got really scared. They painted us a very bleak picture, I mean, it is what it is. But they... They didn't break it down well enough for us to understand her. So we got anxious and immediately went to see a different psychiatrist. We thought, "this man has to be wrong, this can't be it, let's go get a second opinion." When you see one doctor after the other, and they all tell you that this is really it, this disorder, well...

**Àngels:** Dr. Solà, this is also common, right? The pilgrimage from doctor to doctor before accepting the definitive diagnosis.

**Dr. Solà:** Yes, indeed. I'd say that the alienating feeling the family gets by this drastic change in somebody they've known to be sensational, by the inherent symptomatology, may be hard to take in by some people. They are not willing to accept that it truly is a mental illness and this is connected with what the lady was saying, which is very important: the current lack of information about this sort of conditions sure plays a negative role in its perception. I mean, for a long time, suffering from schizophrenia has been considered as something to be ashamed of. The press and media tend to only talk about mental illnesses in utterly disastrous scenarios, such as in antisocial behaviors, and people get a little frightened, even panicked at the word, right? In my opinion it should be demystified, as many other illness-related stigma have been taken down. Think about tuberculosis when it first arose, or the case of AIDS stigmatization back in the 80s, or even Alzheimer's disease, which is being broadly discussed these days. Schizophrenia is just another disorder. I mean, there is nothing magical, mysterious or extraordinary about it, and it most certainly is not embarrassing. The more it is talked about, the more we call things by their name and get concepts clarified, the less people will be afraid of this condition.

**Àngels:** Anna, when your sister was diagnosed, you were saying, "we couldn't believe it, we went from doctor to doctor." How was it for her, as a patient?

**Anna:** She wasn't aware back then, not at all. I mean, she took the medication whenever we told her to, she's very obedient and takes it compliantly. We would go see the psychiatrist once a month or every two weeks, and the rest of the time she lived a normal life, she went to work, interacted with other people and she didn't think of herself as being ill. She was not entirely convinced. That's why, after going to so many doctors we finally came across a center called AREP. It wasn't until they talked to her that she became truly aware of her situation.

**Àngels:** And how does she feel about it?

**Anna:** Well, she's fully conscious of it now. And she often cries because she wants to be normal, you see. She doesn't know why this is happening to her, I mean the center gave her all the information but she still wants to be a normal person like us.

**Àngels:** Hmm.

**Dr. Solà:** If I may add something, this lack of awareness of the disorder is actually essential to understand it. Schizophrenia patients live in a world that differs from ours, the reality they know is not the same we know. They are certain about some truths that just don't work in our way of perceiving the world, and they get the feeling it's everyone else but them who is acting weird, who changed their ways of behaving, who poses a threat or a danger, right? Therefore what's most important is to make patients aware of their condition and the subsequent need for medication. We should also take into account that schizophrenia manifests through outbreaks, hence there may be periods of lucidity in which the individual recognizes the illness and falls into a depressive stage. In these depressive states the patient acknowledges their situation is different from other people's through, for instance, noticing their friends no longer call them to hang out. They realize they are shutting themselves off their social environment and the isolation becomes evident, which could potentially lead the patient to another outbreak, it depends. But I mean...

**Àngels:** Outbreaks that can be considered highs and lows, right?

**Dr. Solà:** Right, highs and lows, but the outbreak per se manifests through the delusional phase.

**Àngels:** And these changes may have something to do with the change of season?

**Dr. Solà:** Not necessarily, sometimes it's just unpredictable. There has been some discussion on the seasonal changes and their impact on the exacerbation of psychotic outbreaks, but it has been dismissed. The outbreaks can be triggered by any event, any daily life situation that involves a change the patient has to adapt to, no matter how small their environment may perceive it. Let's say a sibling has to travel somewhere, or the patient has to go to a wedding, or someone close takes a field trip. All of these situations might be experienced by the individual as something distressing, and thus lead them to suffer another outbreak.

**Àngels:** Dr. Corbella, our guest was saying earlier, "My sister often cries because she wants to be a normal person." Also, the family did not believe the diagnosis at first. What's the

procedure in these cases? How can they get to accept this disorder, both the family and the patient?

**Dr. Corbella:** I think this is something very difficult to accept. That's why the moment we first see a patient and their family we find two different positions. First off, the patient's, like Dr. Solà quite rightly said. They don't understand the situation, at least not the way we do, considering they have a train of thought distinct from ours and they process things in unusual ways. Then we have the relatives of the patient, who have to face a harsh reality. I mean, they are suddenly presented with a diagnosis that is new to them, and that also has some negative social connotations to it. They may think: "Suddenly my son, my daughter, my brother, my sister, is no longer normal", and I think the process of acceptance is parallel. We have information on one side, and facts on the other. My experience of years of seeing this kind of patient leads me to believe there is a moment in which, no matter how much you trust your doctor, for a moment you won't fully believe him. Deep down one holds on to little hopes like "it's just an outburst, it'll pass", or even "she or he's feeling much better". Some relatives try to convince themselves by saying "he took his medication and is feeling great, he's sleeping very well, he doesn't say those weird things anymore, he even watched a game without getting upset". There is a need to deceive oneself, which is extremely normal for us all when we get sick, in general. Even when we have the flu we want to rush things and anticipate our recovery the moment the fever lowers a bit. I think this process of denial is normal, to the point of sometimes turning the professional a bit into an unpleasant enemy who tells you to remain cautious and to keep an eye open. In the end, nothing but the passing of time, one outbreak after the other, the acknowledgement of the changes in the patient, truly helps realizing there is something unusual about it. Once you put a label on it, *schizophrenia*, you can only assume that the patient's life will not be the same. It is true, though, that this isn't a clear and defined process given the unstable nature of the disorder, which may cause the patient to switch overnight, right? Regarding the patient, I would like to add, the case we have tonight involves a girl who studied pedagogy, who was brilliant. However, there are other cases in which the family says "we always felt there was something weird about him or her". I mean, there are patients that also manifested an outbreak (the onset is usually easy to spot by the family) but that already presented some warning signs before. In such scenarios we can talk about a rather insidious onset. I felt I had to add this, to avoid having people think that all cases start with a drastic turn.

**Àngels:** Anna, your sister lives with you, right?

**Anna:** Yes, she lives with us.

**Àngels:** We have other guests, we'll get to know them later, but the patients usually live with their parents. Have you ever thought about what would your sister do without you?

**Anna:** Well, right now, again, thanks to the center, I think she could live quite a stable life, always having them backing her up, but... I don't know, I prefer not to think about it, that I may not be here tomorrow. I have another sister who would by all means take care of her if we're not around. I think that in time she will lead an interesting life side by side with the center, with the foundation they created thinking in the future of the patients. By getting a job in the center they could really make it on their own.

**Àngels:** Have a more independent life, right. We will talk about what the patients can do for rehabilitation. I wanted to ask you, Dr. Corbella, what goes on inside the brain of a schizophrenic?

**Dr. Corbella:** Well, something is certainly happening, we do not know what it is exactly but we do know that, whatever it is, it has a psychopathological, neuropathological nature. This means we need to take a step away from any belief and position that presents schizophrenia as a consequence of family issues. There is literature about domestic behaviors that allegedly caused the disorder, and we should firmly stand up against this, because it is untrue. Investigations are being carried out nowadays about serotonin, about dopamine, about immunology issues, even anatomical differences in the brain. We don't need to go much deeper, but endorphins are also part of it, and so is methionine. A large number of alterations have been described, which give us reasons to assume that there is a biological alteration in the patient's brain, just like it happens in patients with nephrosis, hepatitis or any other illness. I consider this evidence should help give schizophrenia its due place. Schizophrenia is just a disorder, one that goes right to the brain, but at the end of the day, a disorder that affects human biology. It affects our mind, but only because it has a biological root, which is the brain.

**Àngels:** Does this mean we can talk about precipitating factors to this disorder?

**Dr. Solà:** Indeed. I'd say that, going back to the case of Alzheimer's disease, turns out those individuals suffering from it are already sort of programmed for the mechanism of the disease to be triggered at some specific point. I mean, in the case of Alzheimer's disease, there is a brain protein that degrades and sparks a chain reaction that will eventually cause other biochemical elements to degrade as well, and thus dementia appears. The mechanism of schizophrenia seems to involve more than just one triggering factor. However, and apparently this is widely supported nowadays, those people genetically predisposed to have this disorder

are kind of programmed to develop it. This means the disorder has nothing to do with the patients' domestic environment, the parenting style, with the father being an alcoholic or whatever, with the parents constantly fighting, or with the kid not going to school. The individual is biologically programmed to manifest the disorder. And what are these precipitating factors? Well, we usually find overburdening and adaptive factors. Whenever the person who already has this biological condition is asked to give more of themselves due to social integration and adaptive factors, they find it impossible. And that's when they switch off, they feel they no longer belong there. But in order for this to happen we need to have an organic cause. And recent hypotheses talk about, not just one factor alone, but a number of them involved in the loss of something the human kind has managed to progress at and master along its evolution from the moment we became humans: social and environmental inclusion, the capacity of coordinating one's thoughts, ideas, and interaction with reality. There seems to be a rupture of some filters in schizophrenic individuals that leads them to understand reality in a fragmented, disperse way. In other words, it's not about one factor only and, truth be told, if we look at the future of research, and also at this patient's future, I strongly believe investigation is taking huge steps from the moment the nonsense is left behind. From the moment we stop blaming the parents, the society that oppresses them and so, and start focusing on the biochemical, organic elements that can potentially be controlled, detected and help make a prognosis of the patient, just as diabetic patients or any other patient that can lead a normal life thanks to the medication prescribed.

## 5.2 Traducció adaptada per a subtitulació

Els subtítols per al fragment del programa s'han realitzat amb Aegisub en un ordinador Mac. La tria del programa s'ha basat en el fet que permet modificar de manera manual paràmetres com ara els fotogrames entre subtítols, i controlar-ne altres com ara els caràcters per línia i per segon. El fragment té una durada de 17 minuts i 31 segons. Enllaç al vídeo amb subtítols: <https://youtu.be/rsxB4ZZMYpE> (cal activar l'opció de subtítols).

Dialogue: 0,0:00:00.56,0:00:03.32,Default,,0,0,0,,WHAT'S WRONG WITH ME? \N SCHIZOPHRENIA

Dialogue: 0,0:00:03.66,0:00:05.78,Default,,0,0,0,,- We said earlier\Nthat schizophrenia

Dialogue: 0,0:00:05.90,0:00:08.44,Default,,0,0,0,,is one of the most serious\Nmental illnesses.

Dialogue: 0,0:00:08.54,0:00:11.30,Default,,0,0,0,,Today we'll discuss this\Nwith Dr. Albert Solà.

Dialogue: 0,0:00:11.44,0:00:14.18,Default,,0,0,0,,A psychiatrist who wrote a book on the issue.

Dialogue: 0,0:00:14.30,0:00:17.92,Default,,0,0,0,,A book especially thought for patients' relatives.

Dialogue: 0,0:00:18.02,0:00:19.22,Default,,0,0,0,,Dr. Solà, welcome.

Dialogue: 0,0:00:19.34,0:00:20.10,Default,,0,0,0,, - Good night.

Dialogue: 0,0:00:20.18,0:00:22.16,Default,,0,0,0,, - Are there types of schizophrenia?

Dialogue: 0,0:00:22.26,0:00:25.92,Default,,0,0,0,, - Yes, indeed. I would even use the plural form

Dialogue: 0,0:00:26.02,0:00:28.52,Default,,0,0,0,, of the term, as in "schizophrenias"

Dialogue: 0,0:00:28.62,0:00:31.36,Default,,0,0,0,, given that it can have different onsets,

Dialogue: 0,0:00:31.36,0:00:35.88,Default,,0,0,0,, as well as different ways in which it can be manifested.

Dialogue: 0,0:00:36.20,0:00:40.36,Default,,0,0,0,, And even depending on the country issuing the diagnosis

Dialogue: 0,0:00:40.46,0:00:44.64,Default,,0,0,0,, it may be taken as a group of psychiatric syndromes

Dialogue: 0,0:00:44.84,0:00:46.88,Default,,0,0,0,, within the schizophrenia diagnosis,

Dialogue: 0,0:00:46.98,0:00:48.08,Default,,0,0,0,, such as in the US.

Dialogue: 0,0:00:48.18,0:00:51.60,Default,,0,0,0,, However in Europe things are seen quite differently,

Dialogue: 0,0:00:51.70,0:00:54.80,Default,,0,0,0,, we focus on symptoms like deliriums or hallucinations.

Dialogue: 0,0:00:54.90,0:00:57.94,Default,,0,0,0,, - And do the symptoms differ in each patient?

Dialogue: 0,0:00:58.06,0:01:00.70,Default,,0,0,0,, - Yes, especially in earlier stages.

Dialogue: 0,0:01:00.82,0:01:03.70,Default,,0,0,0,, It is sometimes hard to detect this condition,

Dialogue: 0,0:01:03.82,0:01:08.00,Default,,0,0,0,, not only for the relatives, but even for doctors

Dialogue: 0,0:01:08.18,0:01:12.44,Default,,0,0,0,, because the patient often seems to be in a depressive phase,

Dialogue: 0,0:01:12.54,0:01:15.72,Default,,0,0,0,, meaning a phase of reclusiveness,

Dialogue: 0,0:01:16.16,0:01:19.96,Default,,0,0,0,, of disconnection from their environment, right?

Dialogue: 0,0:01:20.10,0:01:22.80,Default,,0,0,0,, It's often mistaken for a depressive behavior



Dialogue: 0,0:01:22.90,0:01:27.00,Default,,0,0,0,,and since it usually starts at\Na certain time, mainly puberty,

Dialogue: 0,0:01:27.10,0:01:29.30,Default,,0,0,0,,it's also mistaken for\Nschool issues.

Dialogue: 0,0:01:29.42,0:01:31.16,Default,,0,0,0,,If a kid wants\Nto quit school

Dialogue: 0,0:01:31.26,0:01:33.92,Default,,0,0,0,,or if he has to join\Nthe military service,

Dialogue: 0,0:01:34.02,0:01:36.30,Default,,0,0,0,,it may be seen as\Nan excuse to skip it.

Dialogue: 0,0:01:36.42,0:01:37.80,Default,,0,0,0,,This is the beginning,

Dialogue: 0,0:01:37.90,0:01:39.38,Default,,0,0,0,,then the outbreak appears,

Dialogue: 0,0:01:39.50,0:01:41.64,Default,,0,0,0,,as schizophrenia is\Nan episodic disorder,

Dialogue: 0,0:01:41.74,0:01:46.62,Default,,0,0,0,,the hallucinatory, delusional\Nsymptoms truly strike in

Dialogue: 0,0:01:46.76,0:01:48.92,Default,,0,0,0,,and it becomes very\Neasy to diagnose.

Dialogue: 0,0:01:49.02,0:01:51.62,Default,,0,0,0,,- So this is how to tell\Nschizophrenia apart

Dialogue: 0,0:01:51.74,0:01:53.48,Default,,0,0,0,,from manic-depressive patients

Dialogue: 0,0:01:53.58,0:01:55.56,Default,,0,0,0,,which are often\Nmixed up, right?

Dialogue: 0,0:01:55.66,0:01:59.80,Default,,0,0,0,,- Yes, manic-depressive onsets\Ncan include delusions too

Dialogue: 0,0:01:59.98,0:02:02.80,Default,,0,0,0,, but it's way more obvious.

Dialogue: 0,0:02:02.90,0:02:07.12,Default,,0,0,0,,In the manic phase the person\Nfeels immensely happy.

Dialogue: 0,0:02:07.22,0:02:10.62,Default,,0,0,0,,It's the euphoria phase,\Nthey think they own the world,

Dialogue: 0,0:02:10.74,0:02:14.68,Default,,0,0,0,,spend huge amounts of money\Nin cars, new clothes, etc.

Dialogue: 0,0:02:14.78,0:02:18.36,Default,,0,0,0,,Until the phase changes, they\Nrealize what they have done

Dialogue: 0,0:02:18.46,0:02:19.56,Default,,0,0,0,,and get depressed.

Dialogue: 0,0:02:19.66,0:02:22.82,Default,,0,0,0,,But the outbreak\Ndoes not get as abrupt

Dialogue: 0,0:02:22.94,0:02:25.10,Default,,0,0,0,,as it does in\Nschizophrenic patients.

Dialogue: 0,0:02:25.22,0:02:28.28,Default,,0,0,0,,These patients present\Na reclusive behavior,

Dialogue: 0,0:02:28.38,0:02:30.28,Default,,0,0,0,,a retreat into their inner self.

Dialogue: 0,0:02:30.38,0:02:32.52,Default,,0,0,0,,A journey inside their own mind,

Dialogue: 0,0:02:32.62,0:02:34.82,Default,,0,0,0,,which is full of\Nunfathomable places,

Dialogue: 0,0:02:34.82,0:02:36.78,Default,,0,0,0,,inaccessible to\Nthose around them.

Dialogue: 0,0:02:36.90,0:02:39.38,Default,,0,0,0,,- Abrupt outbreak, a term\Nused by Dr. Solà

Dialogue: 0,0:02:39.50,0:02:41.08,Default,,0,0,0,,and also by Dr. Corbella.

Dialogue: 0,0:02:41.18,0:02:43.58,Default,,0,0,0,,Anna sure has\Nsomething to say about this.

Dialogue: 0,0:02:43.70,0:02:46.12,Default,,0,0,0,,Your little sister has\Nschizophrenia.

Dialogue: 0,0:02:46.22,0:02:46.60,Default,,0,0,0,, - Yes.

Dialogue: 0,0:02:46.78,0:02:50.44,Default,,0,0,0,, - Until she turned 18 she was\Noutgoing, she studied, went out.

Dialogue: 0,0:02:50.54,0:02:52.60,Default,,0,0,0,,But everything changed one day.

Dialogue: 0,0:02:52.70,0:02:54.97,Default,,0,0,0,, - Right, it was out of the blue.

Dialogue: 0,0:02:55.10,0:02:58.10,Default,,0,0,0,,She had a job, she passed\Na public competition,

Dialogue: 0,0:02:58.22,0:02:59.76,Default,,0,0,0,,she was studying Pedagogy.

Dialogue: 0,0:02:59.86,0:03:03.56,Default,,0,0,0,,She was a regular girl\Nwho did her job, studied, etc.

Dialogue: 0,0:03:03.66,0:03:05.50,Default,,0,0,0,,Such an extroverted, nice girl.

Dialogue: 0,0:03:05.62,0:03:09.36,Default,,0,0,0,,And then she started saying\Nthat the TV talked about her,

Dialogue: 0,0:03:09.46,0:03:13.76,Default,,0,0,0,,she even distrusted us.

Dialogue: 0,0:03:13.86,0:03:16.76,Default,,0,0,0,,She told us her coworkers\Nhad it in for her.

Dialogue: 0,0:03:17.56,0:03:19.08,Default,,0,0,0,,She acted very strangely,

Dialogue: 0,0:03:19.18,0:03:21.10,Default,,0,0,0,,got lost on her way back home.

Dialogue: 0,0:03:21.22,0:03:25.02,Default,,0,0,0,,She left work and it took hours\Nfor her to come back,

Dialogue: 0,0:03:25.14,0:03:28.64,Default,,0,0,0,,she didn't know where she'd been,\Nlost the money we gave her.

Dialogue: 0,0:03:28.78,0:03:32.56,Default,,0,0,0,,We started thinking there might\Nbe something behind it all

Dialogue: 0,0:03:32.66,0:03:36.76,Default,,0,0,0,,but we never considered\Na psychiatric cause.

Dialogue: 0,0:03:37.02,0:03:40.38,Default,,0,0,0,, - You first thought it might\Nhave to do with drugs, right?

Dialogue: 0,0:03:40.50,0:03:43.36,Default,,0,0,0,, - That's right. Seeing her\Nacting so strange

Dialogue: 0,0:03:43.46,0:03:45.56,Default,,0,0,0,,such an abrupt start, so weird

Dialogue: 0,0:03:45.66,0:03:47.88,Default,,0,0,0,,her behaving in\Nsuch an unusual way.

Dialogue: 0,0:03:47.98,0:03:50.58,Default,,0,0,0,,We had no knowledge\Nof this disorder

Dialogue: 0,0:03:50.70,0:03:54.20,Default,,0,0,0,,and we could just think of\Nwhat was on the news back then.

Dialogue: 0,0:03:54.38,0:03:56.64,Default,,0,0,0,, - You even took her to\Na detox center.

Dialogue: 0,0:03:56.74,0:03:59.64,Default,,0,0,0,, - She got lost one day

Dialogue: 0,0:03:59.64,0:04:03.32,Default,,0,0,0,,and when we found her she\Nhad no clue where she had been.

Dialogue: 0,0:04:03.42,0:04:06.48,Default,,0,0,0,,That day we decided we\Nhad to take her somewhere.

Dialogue: 0,0:04:06.58,0:04:10.28,Default,,0,0,0,,We didn't know where, and we\Ntried this detox center.

Dialogue: 0,0:04:10.38,0:04:15.54,Default,,0,0,0,,They told us it wasn't drugs,\Nthat it was a serious illness.

Dialogue: 0,0:04:15.66,0:04:17.44,Default,,0,0,0,, - This is not an isolated case.

Dialogue: 0,0:04:17.54,0:04:20.64,Default,,0,0,0,, - No, in fact, some cases\Nbegin just as this one

Dialogue: 0,0:04:20.78,0:04:26.70,Default,,0,0,0,,and sometimes there's been a\None-time drug intake

Dialogue: 0,0:04:26.82,0:04:28.20,Default,,0,0,0,, - It's not the case.

Dialogue: 0,0:04:28.30,0:04:33.08,Default,,0,0,0,, - This event can lead to think\N"maybe it's the drug effect."

Dialogue: 0,0:04:33.18,0:04:38.38,Default,,0,0,0,,Some relatives may even claim\Nsomeone drugged the patient

Dialogue: 0,0:04:38.50,0:04:41.50,Default,,0,0,0,,and they come saying\N"it sure happened at that club,

Dialogue: 0,0:04:41.62,0:04:46.04,Default,,0,0,0,,someone put something in her\Ndrink, she's completely changed"

Dialogue: 0,0:04:46.14,0:04:49.16,Default,,0,0,0,,We see this on a daily basis\Nin our profession

Dialogue: 0,0:04:49.26,0:04:53.22,Default,,0,0,0,,the family is so shocked by\Nhow different the person is now

Dialogue: 0,0:04:53.34,0:04:55.52,Default,,0,0,0,,that they look for\Nan external cause.

Dialogue: 0,0:04:55.62,0:04:59.36,Default,,0,0,0,,And the blame is placed on\Nrecreational drugs known today

Dialogue: 0,0:04:59.62,0:05:02.16,Default,,0,0,0,,which is not related\Nto the problem here.

Dialogue: 0,0:05:02.26,0:05:05.56,Default,,0,0,0,, - So it never crossed your mind\Nit could be schizophrenia.

Dialogue: 0,0:05:05.66,0:05:07.56,Default,,0,0,0,, - We had never heard of it.

Dialogue: 0,0:05:07.66,0:05:09.72,Default,,0,0,0,,We first took her to\Na psychologist

Dialogue: 0,0:05:09.82,0:05:13.72,Default,,0,0,0,,and he said this was beyond his\Nexpertise, it was more serious.

Dialogue: 0,0:05:13.82,0:05:15.52,Default,,0,0,0,,So we went to a psychiatrist

Dialogue: 0,0:05:15.62,0:05:20.52,Default,,0,0,0,,and when he told us, we had no\Nidea of what this disorder was.

Dialogue: 0,0:05:20.62,0:05:22.42,Default,,0,0,0,,We knew nothing about it.

Dialogue: 0,0:05:22.54,0:05:24.08,Default,,0,0,0,,- And when you found out?

Dialogue: 0,0:05:24.18,0:05:27.82,Default,,0,0,0,,- We got really scared, I mean

Dialogue: 0,0:05:27.98,0:05:32.82,Default,,0,0,0,,They painted us a bleak picture,\NI mean, it is what it is,

Dialogue: 0,0:05:32.94,0:05:38.22,Default,,0,0,0,,but they didn't break it down\Nwell enough to understand her.

Dialogue: 0,0:05:38.38,0:05:41.36,Default,,0,0,0,,So we got anxious and went\Nto another psychiatrist.

Dialogue: 0,0:05:41.46,0:05:46.04,Default,,0,0,0,,We thought "he must be wrong,\Nlet's get a second opinion."

Dialogue: 0,0:05:46.18,0:05:49.84,Default,,0,0,0,,But when one doctor after\Nthe other they all tell you

Dialogue: 0,0:05:49.94,0:05:53.40,Default,,0,0,0,,that it truly is about\Nthis disorder, well...

Dialogue: 0,0:05:53.66,0:05:56.74,Default,,0,0,0,,- Dr. Solà, this is also common,\Nright? The pilgrimage

Dialogue: 0,0:05:56.86,0:05:58.70,Default,,0,0,0,,before accepting\Nthe diagnosis.

Dialogue: 0,0:05:58.82,0:06:03.80,Default,,0,0,0,,- Yes, I'd say the alienating\Nfeeling the family gets

Dialogue: 0,0:06:03.98,0:06:07.80,Default,,0,0,0,,by a drastic change in someone\Nthey've known to be sensational,

Dialogue: 0,0:06:07.80,0:06:11.70,Default,,0,0,0,,and the symptomatology, may be\Nhard to take in by some people.

Dialogue: 0,0:06:11.82,0:06:15.00,Default,,0,0,0,,They're not willing to accept\Nthat it's a mental illness

Dialogue: 0,0:06:15.10,0:06:18.60,Default,,0,0,0,,and this is connected with\Nsomething important she said:

Dialogue: 0,0:06:18.70,0:06:21.72,Default,,0,0,0,,the lack of information\Nnon this sort of conditions,

Dialogue: 0,0:06:21.82,0:06:24.92,Default,,0,0,0,,which sure plays a negative\Nrole in their perception.

Dialogue: 0,0:06:25.02,0:06:29.24,Default,,0,0,0,,For a long time, schizophrenia\Nhas been considered shameful.

Dialogue: 0,0:06:29.34,0:06:34.10,Default,,0,0,0,,The press and media tend to\Nonly talk about mental illnesses

Dialogue: 0,0:06:34.26,0:06:37.74,Default,,0,0,0,,in utterly disastrous scenarios,\Nsuch as antisocial behavior,

Dialogue: 0,0:06:37.86,0:06:43.12,Default,,0,0,0,,and people get a bit frightened,\Neven panicked at the word.

Dialogue: 0,0:06:43.22,0:06:45.56,Default,,0,0,0,,In my opinion it should\Nbe demystified,

Dialogue: 0,0:06:45.66,0:06:48.06,Default,,0,0,0,,just like many other\Nstigmas have been.

Dialogue: 0,0:06:48.18,0:06:53.62,Default,,0,0,0,,Tuberculosis when it first arose\Nnor AIDS back in the 80s,

Dialogue: 0,0:06:53.78,0:06:56.16,Default,,0,0,0,,Alzheimer's, which is\Nnowadays discussed.

Dialogue: 0,0:06:56.26,0:06:58.88,Default,,0,0,0,,Schizophrenia is just\Nanother disorder.

Dialogue: 0,0:06:58.98,0:07:03.12,Default,,0,0,0,,There's nothing magical,\Nmysterious or extraordinary,

Dialogue: 0,0:07:03.22,0:07:04.54,Default,,0,0,0,,it's not shameful.

Dialogue: 0,0:07:04.66,0:07:07.36,Default,,0,0,0,,The more it's talked about,\Ncalled by its name,

Dialogue: 0,0:07:07.46,0:07:10.96,Default,,0,0,0,,and concepts are clarified,\Nthe less afraid people will be.

Dialogue: 0,0:07:11.06,0:07:16.04,Default,,0,0,0,,- When your sister was diagnosed\Nyou say you couldn't believe it.

Dialogue: 0,0:07:16.14,0:07:17.16,Default,,0,0,0,,How was it for her?

Dialogue: 0,0:07:17.26,0:07:19.24,Default,,0,0,0,,- She wasn't aware back then.

Dialogue: 0,0:07:19.34,0:07:22.60,Default,,0,0,0,,She took the medication\Nwhenever we told her to,

Dialogue: 0,0:07:22.70,0:07:26.80,Default,,0,0,0,,she's very obedient\Nand takes it compliantly.

Dialogue: 0,0:07:26.90,0:07:31.50,Default,,0,0,0,,Since we went to the doctor once\Na month or every two weeks,

Dialogue: 0,0:07:31.62,0:07:34.28,Default,,0,0,0,,she lived a normal life,\Nshe went to work,

Dialogue: 0,0:07:34.38,0:07:37.38,Default,,0,0,0,,she saw other people and\Ndidn't think she was ill.

Dialogue: 0,0:07:38.26,0:07:40.18,Default,,0,0,0,,She was not entirely convinced.

Dialogue: 0,0:07:40.30,0:07:44.04,Default,,0,0,0,,So after seeing many doctors

Dialogue: 0,0:07:44.18,0:07:47.12,Default,,0,0,0,,we found a center called AREP.

Dialogue: 0,0:07:47.30,0:07:51.22,Default,,0,0,0,,And only after talking to them\Nshe became conscious of it.

Dialogue: 0,0:07:51.34,0:07:53.44,Default,,0,0,0,, - How is she?\N- She's fully aware now.

Dialogue: 0,0:07:53.54,0:07:57.62,Default,,0,0,0,,And she often cries because\Nshe wants to be normal.

Dialogue: 0,0:07:57.82,0:08:01.06,Default,,0,0,0,,She doesn't know why, I mean\Nshe's informed by the center

Dialogue: 0,0:08:01.34,0:08:04.88,Default,,0,0,0,,but she still wants to be\Na person like us.

Dialogue: 0,0:08:05.38,0:08:06.70,Default,,0,0,0,, - If I may add,

Dialogue: 0,0:08:07.39,0:08:13.32,Default,,0,0,0,,this unawareness of the disorder\Nis key to understanding it.

Dialogue: 0,0:08:13.90,0:08:17.76,Default,,0,0,0,,Schizophrenia patients live in\Na world that differs from ours,

Dialogue: 0,0:08:17.94,0:08:20.76,Default,,0,0,0,, the reality they know\Nis not the same we know.

Dialogue: 0,0:08:20.86,0:08:24.96,Default,,0,0,0,,They live by truths that don't\Nexist in our image of the world,

Dialogue: 0,0:08:25.06,0:08:30.28,Default,,0,0,0,,and they feel it's everyone else\Nbut them who is acting weird,

Dialogue: 0,0:08:30.38,0:08:34.60,Default,,0,0,0,,who changed their behavior, who\Npose a threat, a danger.

Dialogue: 0,0:08:34.74,0:08:39.24,Default,,0,0,0,,So it's important to make\Npatients aware of the situation

Dialogue: 0,0:08:39.34,0:08:41.24,Default,,0,0,0,,and the need for medication.

Dialogue: 0,0:08:41.34,0:08:44.30,Default,,0,0,0,,Schizophrenia manifests\Nthrough outbreaks,

Dialogue: 0,0:08:44.66,0:08:49.76,Default,,0,0,0,,so there are lucid periods in\Nwhich they recognize they're ill

Dialogue: 0,0:08:49.86,0:08:52.56,Default,,0,0,0,,and they fall in\Na depressive stage

Dialogue: 0,0:08:52.66,0:08:55.00,Default,,0,0,0,,when they feel they're\Nnot like the rest.

Dialogue: 0,0:08:55.10,0:09:00.60,Default,,0,0,0,,For instance, their friends no\Nlonger call them to hang out,

Dialogue: 0,0:09:00.74,0:09:03.60,Default,,0,0,0,,so they feel isolated\Nfrom their environment

Dialogue: 0,0:09:03.70,0:09:04.92,Default,,0,0,0,,they get depressed,

Dialogue: 0,0:09:05.02,0:09:08.45,Default,,0,0,0,,which potentially leads them\Nto another outbreak, or not.

Dialogue: 0,0:09:08.58,0:09:10.92,Default,,0,0,0,, - These outbreaks are\n highs and lows.

Dialogue: 0,0:09:11.02,0:09:14.12,Default,,0,0,0,, - Yes, the outbreak per se\n is the delusional phase.

Dialogue: 0,0:09:14.12,0:09:16.00,Default,,0,0,0,, - Caused by\n a change of season?

Dialogue: 0,0:09:16.10,0:09:19.11,Default,,0,0,0,, - Not necessarily, sometimes\n it's just unpredictable.

Dialogue: 0,0:09:19.80,0:09:22.76,Default,,0,0,0,, There's been some discussion\n about these changes

Dialogue: 0,0:09:22.86,0:09:25.36,Default,,0,0,0,, potentially exacerbating\n the outbreaks,

Dialogue: 0,0:09:25.46,0:09:27.36,Default,,0,0,0,, but it has been dismissed.

Dialogue: 0,0:09:27.46,0:09:30.20,Default,,0,0,0,, The outbreaks can be\n triggered by any event,

Dialogue: 0,0:09:31.36,0:09:35.96,Default,,0,0,0,, any daily life situation that\n means a change for the patient

Dialogue: 0,0:09:35.96,0:09:40.53,Default,,0,0,0,, or adapting to something new\n that others may find trivial.

Dialogue: 0,0:09:40.53,0:09:44.16,Default,,0,0,0,, If a sibling has to travel,\n or hey're invited to a wedding,

Dialogue: 0,0:09:44.26,0:09:46.64,Default,,0,0,0,, or someone close\n takes a field trip.

Dialogue: 0,0:09:46.64,0:09:50.92,Default,,0,0,0,, The patient can live all these\n events as something distressing,

Dialogue: 0,0:09:51.02,0:09:53.69,Default,,0,0,0,, and thus lead them to suffer\n another outbreak.

Dialogue: 0,0:09:53.82,0:09:57.21,Default,,0,0,0,, - Dr. Corbella, our guest was\n saying, "My sister often cries

Dialogue: 0,0:09:57.34,0:09:59.16,Default,,0,0,0,, because she wants to be normal."

Dialogue: 0,0:09:59.26,0:10:01.80,Default,,0,0,0,, The family can't accept\n reality at first.

Dialogue: 0,0:10:01.90,0:10:06.60,Default,,0,0,0,, How do you proceed then? How can\n patients and families accept it?

Dialogue: 0,0:10:06.74,0:10:09.12,Default,,0,0,0,, - This is something\n very hard to accept,

Dialogue: 0,0:10:09.22,0:10:14.80,Default,,0,0,0,, when we first see them and the\n family, we find two realities.

Dialogue: 0,0:10:14.90,0:10:17.24,Default,,0,0,0,, The patient's, as Dr. Solà\n rightly said,

Dialogue: 0,0:10:17.38,0:10:22.24,Default,,0,0,0,, they don't understand the\n situation, not the way we do,

Dialogue: 0,0:10:22.34,0:10:25.00,Default,,0,0,0,, considering their unusual\n train of thought.

Dialogue: 0,0:10:25.10,0:10:27.48,Default,,0,0,0,, Then the family, who face\n a harsh reality.

Dialogue: 0,0:10:27.58,0:10:31.32,Default,,0,0,0,,They are suddenly presented with\Na diagnosis that is new to them,

Dialogue: 0,0:10:31.42,0:10:34.31,Default,,0,0,0,,that also has some\Nnegative social connotations.

Dialogue: 0,0:10:34.51,0:10:39.31,Default,,0,0,0,,Suddenly their son, daughter,\Nbrother, sister, is not normal,

Dialogue: 0,0:10:39.42,0:10:44.15,Default,,0,0,0,,and I think the process\Nof acceptance is parallel.

Dialogue: 0,0:10:44.36,0:10:47.49,Default,,0,0,0,,There's information on one side\Nand facts on the other.

Dialogue: 0,0:10:47.62,0:10:51.76,Default,,0,0,0,,My experience of years of seeing\Nthis cases led me to think

Dialogue: 0,0:10:51.86,0:10:56.52,Default,,0,0,0,,that even though you trust a\Ndoctor, at some point you won't.

Dialogue: 0,0:10:56.62,0:11:00.00,Default,,0,0,0,,One holds on to\Nlittle hopes like

Dialogue: 0,0:11:00.10,0:11:02.50,Default,,0,0,0,,“it's only an outburst,\Nhe's better now”.

Dialogue: 0,0:11:02.62,0:11:05.80,Default,,0,0,0,,Some relatives fool themselves\Nsaying “he took his meds

Dialogue: 0,0:11:05.90,0:11:11.84,Default,,0,0,0,,and feels great, sleeps well,\Nstopped saying weird things

Dialogue: 0,0:11:11.94,0:11:17.04,Default,,0,0,0,,he even watched a game\Nwithout getting upset”.

Dialogue: 0,0:11:17.14,0:11:20.14,Default,,0,0,0,,There is a need to\Ndeceive oneself,

Dialogue: 0,0:11:20.26,0:11:22.92,Default,,0,0,0,,which is normal for us all\Nwhen we get sick.

Dialogue: 0,0:11:23.02,0:11:26.94,Default,,0,0,0,,Even when we have the flu\Nwe want to rush things,

Dialogue: 0,0:11:27.06,0:11:29.68,Default,,0,0,0,,claim we're fine as soon\Nas the fever lowers.

Dialogue: 0,0:11:29.78,0:11:32.44,Default,,0,0,0,,This process of denial\Nis normal,

Dialogue: 0,0:11:32.54,0:11:36.84,Default,,0,0,0,,to the point the professional\Nturns into an unpleasant enemy

Dialogue: 0,0:11:36.94,0:11:40.16,Default,,0,0,0,,telling you to remain cautious\Nand to keep an eye open.

Dialogue: 0,0:11:40.26,0:11:43.96,Default,,0,0,0,,In the end, nothing but time,\Nnone outbreak after the other,



Dialogue: 0,0:11:44.06,0:11:47.40,Default,,0,0,0,,the acknowledgement of the\nchanges in the patient,

Dialogue: 0,0:11:47.50,0:11:51.36,Default,,0,0,0,,will truly help understand that\nsomething unusual is happening.

Dialogue: 0,0:11:51.46,0:11:54.52,Default,,0,0,0,,Once you put a label on it,\nschizophrenia,

Dialogue: 0,0:11:54.52,0:11:57.08,Default,,0,0,0,,you assume the patient's\nlife will change.

Dialogue: 0,0:11:57.18,0:12:01.00,Default,,0,0,0,,However this isn't a really\nclear and defined process

Dialogue: 0,0:12:01.10,0:12:03.44,Default,,0,0,0,,given the unstable nature\nof the disorder,

Dialogue: 0,0:12:03.44,0:12:06.32,Default,,0,0,0,,the patient can\nswitch overnight.

Dialogue: 0,0:12:06.32,0:12:07.60,Default,,0,0,0,,Regarding the patient,

Dialogue: 0,0:12:07.70,0:12:11.48,Default,,0,0,0,,I would like to add about the\ncase we have tonight,

Dialogue: 0,0:12:11.58,0:12:14.24,Default,,0,0,0,,this girl who studied pedagogy,\nwas brilliant.

Dialogue: 0,0:12:14.34,0:12:17.24,Default,,0,0,0,,However, there are other\ncases worth mentioning,

Dialogue: 0,0:12:17.34,0:12:19.28,Default,,0,0,0,,in which after\nthe first outbreak

Dialogue: 0,0:12:19.34,0:12:22.82,Default,,0,0,0,,the family says "he or she has\nalways been a bit peculiar".

Dialogue: 0,0:12:22.94,0:12:27.95,Default,,0,0,0,,Meaning there are patients that\nmanifested an outbreak too,

Dialogue: 0,0:12:28.14,0:12:32.28,Default,,0,0,0,,the onset is usually easy\nto spot by the family,

Dialogue: 0,0:12:32.38,0:12:36.84,Default,,0,0,0,,but that already presented\nsome warning signs before.

Dialogue: 0,0:12:36.94,0:12:39.44,Default,,0,0,0,,Here we find a rather\ninsidious onset.

Dialogue: 0,0:12:39.54,0:12:44.96,Default,,0,0,0,,It's important to note that not\nall cases start drastically.

Dialogue: 0,0:12:45.06,0:12:47.01,Default,,0,0,0,,- Anna, you live\nwith your sister.

Dialogue: 0,0:12:47.01,0:12:47.88,Default,,0,0,0,,- Yes.

Dialogue: 0,0:12:47.98,0:12:50.54,Default,,0,0,0,,- We have more guests,\nwe'll meet them later,

Dialogue: 0,0:12:50.66,0:12:53.44,Default,,0,0,0,,but the patients usually\nlive with their parents.

Dialogue: 0,0:12:53.44,0:12:56.20,Default,,0,0,0,,Do you imagine what would\nshe do without you?

Dialogue: 0,0:12:56.80,0:12:59.88,Default,,0,0,0,, - Well, as of today, and\nthanks to the center,

Dialogue: 0,0:12:59.98,0:13:04.12,Default,,0,0,0,, I think she could live\nquite a stable life,

Dialogue: 0,0:13:04.22,0:13:09.80,Default,,0,0,0,, always having the center\nbacking her up, but I mean

Dialogue: 0,0:13:09.90,0:13:15.08,Default,,0,0,0,, I prefer not to think about it,\nthat I may not be here tomorrow.

Dialogue: 0,0:13:15.18,0:13:19.84,Default,,0,0,0,, I have another sister, she'll\nlook after her if I'm not here.

Dialogue: 0,0:13:19.94,0:13:25.16,Default,,0,0,0,, I think she'll get to live a\n good life within the center

Dialogue: 0,0:13:25.26,0:13:28.76,Default,,0,0,0,, and the foundation they created\nfor the patient's future.

Dialogue: 0,0:13:28.76,0:13:34.66,Default,,0,0,0,, Getting a job there would mean\nthey can live for themselves.

Dialogue: 0,0:13:34.74,0:13:36.00,Default,,0,0,0,, - Be more independent.

Dialogue: 0,0:13:36.10,0:13:39.22,Default,,0,0,0,, We'll discuss what patients\n can do for rehabilitation.

Dialogue: 0,0:13:39.34,0:13:42.42,Default,,0,0,0,, Dr. Corbella, what happens in\nthe brain of a patient?

Dialogue: 0,0:13:43.68,0:13:47.60,Default,,0,0,0,, - Something is surely happening,\nwe don't know what it is exactly

Dialogue: 0,0:13:47.70,0:13:51.06,Default,,0,0,0,, but it has a psychopathological,\nneuropathological nature.

Dialogue: 0,0:13:51.18,0:13:54.84,Default,,0,0,0,, This means we need to step away\nfrom any belief and position

Dialogue: 0,0:13:54.94,0:13:59.48,Default,,0,0,0,, that presents schizophrenia as\na consequence of family issues.

Dialogue: 0,0:13:59.58,0:14:03.96,Default,,0,0,0,, There's literature connecting\n domestic issues to the disorder,

Dialogue: 0,0:14:04.06,0:14:08.56,Default,,0,0,0,, and we should stand up against\nthis, because it is untrue.

Dialogue: 0,0:14:09.18,0:14:13.00,Default,,0,0,0,, Investigations today study\nthe effects of serotonin,

Dialogue: 0,0:14:13.14,0:14:15.75,Default,,0,0,0,, the effects of dopamine,

Dialogue: 0,0:14:15.90,0:14:21.72,Default,,0,0,0,, about immunology issues, even\n brain anatomical differences.

Dialogue: 0,0:14:22.48,0:14:26.92,Default,,0,0,0,,We don't need to go any deeper,\Nbut endorphins are involved too,

Dialogue: 0,0:14:27.02,0:14:28.22,Default,,0,0,0,,and so is methionine.

Dialogue: 0,0:14:28.34,0:14:34.12,Default,,0,0,0,,A large number of alterations\Nhave been described,

Dialogue: 0,0:14:34.16,0:14:39.20,Default,,0,0,0,,which point to a biological\Nalteration in the brain,

Dialogue: 0,0:14:39.48,0:14:45.20,Default,,0,0,0,,just like in patients\Nwith nephrosis, hepatitis

Dialogue: 0,0:14:45.58,0:14:47.08,Default,,0,0,0,,or any other illness.

Dialogue: 0,0:14:47.28,0:14:53.04,Default,,0,0,0,,This evidence should help give\Nschizophrenia its due place.

Dialogue: 0,0:14:53.44,0:14:56.16,Default,,0,0,0,,It's just a disorder that\N affects the brain,

Dialogue: 0,0:14:56.26,0:14:59.68,Default,,0,0,0,,but that, at the end of the day,\N affects human biology.

Dialogue: 0,0:14:59.78,0:15:04.88,Default,,0,0,0,,It affects our mind because the\N brain is the biological root.

Dialogue: 0,0:15:05.14,0:15:08.16,Default,,0,0,0,,- Are there precipitating\N factors to this disorder?

Dialogue: 0,0:15:08.26,0:15:13.16,Default,,0,0,0,,- Indeed. I'd say that, going\N back to the case of Alzheimer's,

Dialogue: 0,0:15:13.26,0:15:18.36,Default,,0,0,0,,those individuals suffering\N from it are sort of programmed

Dialogue: 0,0:15:18.46,0:15:21.66,Default,,0,0,0,,so the disease's mechanism is\N triggered at some point.

Dialogue: 0,0:15:21.78,0:15:25.24,Default,,0,0,0,,In the case of Alzheimer's, a\N brain protein degrades

Dialogue: 0,0:15:25.34,0:15:29.68,Default,,0,0,0,,sparks a chain reaction degrading\N other biochemical elements,

Dialogue: 0,0:15:29.78,0:15:31.32,Default,,0,0,0,,and thus dementia appears.

Dialogue: 0,0:15:31.42,0:15:37.68,Default,,0,0,0,,Schizophrenia seems to have\N more than one triggering factor.

Dialogue: 0,0:15:37.78,0:15:40.64,Default,,0,0,0,,However, and this is widely\N supported nowadays,

Dialogue: 0,0:15:41.00,0:15:45.18,Default,,0,0,0,,those people who are predisposed\N to have this disorder

Dialogue: 0,0:15:45.34,0:15:47.80,Default,,0,0,0,,are somehow programmed\N to develop it.

Dialogue: 0,0:15:48.36,0:15:51.80,Default,,0,0,0,,It means it's not caused by the\npatients'  
domestic situation,

Dialogue: 0,0:15:51.98,0:15:56.28,Default,,0,0,0,,or the parenting style, if the\nfather drinks  
too much,

Dialogue: 0,0:15:56.38,0:16:01.35,Default,,0,0,0,,the parents' fight all day, or\nthe kid doesn't  
go to school.

Dialogue: 0,0:16:01.75,0:16:06.80,Default,,0,0,0,,The person is biologically\nprogrammed to  
have the disorder.

Dialogue: 0,0:16:07.02,0:16:09.28,Default,,0,0,0,,And what are the\nprecipitating factors?

Dialogue: 0,0:16:09.38,0:16:13.48,Default,,0,0,0,,We usually find overburdening\nand  
adaptive factors.

Dialogue: 0,0:16:13.58,0:16:17.20,Default,,0,0,0,,Whenever the person who already\nhas  
this biological condition

Dialogue: 0,0:16:17.30,0:16:20.70,Default,,0,0,0,,is asked to give more, due to\nsocial  
integration factors

Dialogue: 0,0:16:20.82,0:16:23.08,Default,,0,0,0,,they can't, and then\nthey switch off.

Dialogue: 0,0:16:23.18,0:16:25.07,Default,,0,0,0,,Like they no longer\nbelong there.

Dialogue: 0,0:16:25.18,0:16:27.94,Default,,0,0,0,,But for this to happen\nwe need an organic  
cause.

Dialogue: 0,0:16:28.06,0:16:31.60,Default,,0,0,0,,And recent hypotheses talk\nabout, not just  
one factor

Dialogue: 0,0:16:31.70,0:16:36.60,Default,,0,0,0,,but a number of them involved\nin the loss  
of something

Dialogue: 0,0:16:36.60,0:16:42.20,Default,,0,0,0,,the human kind has managed to\ndevelop  
and master along the way

Dialogue: 0,0:16:42.30,0:16:45.58,Default,,0,0,0,,from the moment we became\nhumans:  
environmental inclusion

Dialogue: 0,0:16:45.70,0:16:49.00,Default,,0,0,0,,coordinating thoughts, ideas,\ninteraction  
with reality.

Dialogue: 0,0:16:49.10,0:16:52.96,Default,,0,0,0,,Some filters apparently break\nin  
schizophrenic individuals

Dialogue: 0,0:16:53.06,0:16:58.16,Default,,0,0,0,,which makes them understand\nreality in a  
fragmented way.

Dialogue: 0,0:16:58.26,0:17:00.96,Default,,0,0,0,,In other words, it's not\nabout one factor  
only

Dialogue: 0,0:17:01.06,0:17:05.48,Default,,0,0,0,,so looking at the future of\nresearch and  
also this patient's,

Dialogue: 0,0:17:05.58,0:17:11.20,Default,,0,0,0,,I strongly believe investigation\Nwill take huge steps

Dialogue: 0,0:17:11.30,0:17:13.52,Default,,0,0,0,,the moment we leave\Nnonsense behind.

Dialogue: 0,0:17:13.62,0:17:18.68,Default,,0,0,0,,The moment we stop blaming the\Nparents, the society, etc.

Dialogue: 0,0:17:18.78,0:17:21.80,Default,,0,0,0,,and start focusing on\Nbiochemical, organic elements

Dialogue: 0,0:17:21.90,0:17:23.96,Default,,0,0,0,,that can be controlled, detected

Dialogue: 0,0:17:24.06,0:17:27.07,Default,,0,0,0,,and help make a prognosis,\Njust as diabetic patients

Dialogue: 0,0:17:27.18,0:17:30.43,Default,,0,0,0,,or any patient with a normal\Nlife thanks to medication.

## 6. Anàlisi traductològica

Abans d'entrar a l'anàlisi val la pena comentar la posició que s'ha adoptat a l'hora de traduir, tenint en compte que en aquest cas el documental pretén ser informatiu, més que no pas transmetre característiques concretes d'una cultura a través de la traducció. És per això que, en general, s'ha optat per una estratègia més propera a la domesticació del text original, tot i que algunes estructures s'han mantingut similars al text de sortida per no suposar un inconvenient amb la fluïdesa i comprensió del text d'arribada.

Un altre punt a esmentar és que, tot i tenir com a tema principal una malaltia psiquiàtrica i com a tertulians principals dos psiquiatres, no es fa servir un llenguatge excessivament tècnic, més aviat formal però amb incorreccions com ara discursives o lèxiques, d'altra banda esperables com a conseqüència de l'espontaneïtat pròpia dels discursos orals en aquests contextos. Fins i tot podem fer una petita comparativa de manera breu amb el tipus de català que sentim avui dia a programes de TV3, per exemple, com ara aquest. Hi ha incorreccions, tant per part dels doctors com de la convidada, que no se senten tant avui dia, com ara *allavòrens*, *dar* (*donar*), *cèntims* (*diners*).

## 6.1 Traducció inversa

### 6.1.1 Problemes derivats de la traducció inversa

Hi ha força diferències entre el funcionament de la llengua anglesa i la catalana, i durant el procés de traducció inversa se n'han manifestat unes quantes. A continuació es presenten alguns exemples de reptes o consideracions sobre el procés de traducció inversa.

Una d'aquestes diferències és l'ús de l'article. En aquest sentit, Valenzuela (2002: 39) assenyala que, tot i que tots dos idiomes inclouen articles definits, indefinits i el·líptics, a l'hora de traduir hi ha nou possibles escenaris de traducció. Segons l'autor, tres d'aquests escenaris es resolten fàcilment perquè es conserva el mateix tipus d'article en totes dues llengües, però les altres sis no funcionen de la mateixa manera. Un exemple seria article el·líptic en anglès i definit en català, i el trobem en el següent cas:

*Text de sortida:* En aquests moments s'està investigant sobre la serotonina, s'està investigant sobre la dopamina, [...]

*Text d'arribada:* Investigations are being carried out nowadays about serotonin, about dopamin [...]

Pel que fa l'ordre de les paraules i constituents en una oració, també hi ha particularitats a cada llengua. De nou segons Valenzuela (2001: 40), tot i que no hi ha grans diferències, les que trobem són fruit de la riquesa morfològica del català (i el castellà) i la llibertat que això suposa a l'hora de construir una frase. Això és així quan una llengua disposa de menys informació morfològica, la posició de cada element dins de la frase serà més rellevant i hi haurà menys flexibilitat pel que fa l'ordre en què podem col·locar els elements de la frase.

Per exemple, en relació amb el subjecte, en anglès sempre ha d'estar present. En canvi, en català no sempre és necessari perquè la resta de la frase, normalment el verb, ens dona prou informació. A continuació vegem alguns casos que han sorgit durant la traducció:

*Text de sortida:* Estava molt estranya, es perdia en arribar a casa, o sigui, sortia de la feina i trigava molt temps, no sabia on havia estat, perdia els cèntims que se li *dàven*.

*Text d'arribada:* She acted very strangely, she used to get lost on her way back home. She left work and it took a very long time for her to get back home, and when she did she had no idea where she had been. She would even lose the money my parents gave her.

Si bé és cert que hi ha casos, com el de la primera frase, on es podria ometre el segon pronom si hi hagués coordinació entre els dos verbs i s'hi afegís una conjunció coordinant com seria *and*, en general és necessari introduir un pronom per formar una frase amb sentit. Un altre aspecte poc flexible de l'anglès és la col·locació del subjecte i el verb, segons Valenzuela (2001: 40). De fet, la col·locació subjecte+verb és inamovible en anglès, mentre que en català la posició del subjecte pot variar. Per exemple:

*Text de sortida:* [...] però va canviar tot de cop. / [...] però tot va canviar de cop.

*Text d'arribada:* But everything changed one day.

Un altre tret que he trobat important plasmar a la traducció són les frases passives. En anglès es fan servir de manera més freqüent que en català, segons Valenzuela (2002: 41). Així doncs, tot i que en la llengua oral pot no haver-hi una presència tan marcada s'ha optat per aquesta estructura sempre que ha convingut. Per exemple, recuperant un dels exemples anteriors:

*Text de sortida:* En aquests moments s'està investigant [...]

*Text d'arribada:* Investigations are being carried out nowadays [...]

També ha estat un repte adaptar expressions típiques en llengua catalana que no tenen una traducció directa. L'objectiu principal de la traducció ha estat que el discurs en anglès sigui tan fluïd com ho és en català, de manera que buscar una certa equivalència en les expressions idiomàtiques i frases fetes és clau. Més endavant veurem més exemples quan s'analitzin les estratègies traductològiques, però es presenta un cas a continuació:

*Text de sortida:* la gent del treball li tenia manies

*Text d'arribada:* her coworkers had it in for her

En aquest cas l'expressió "tenir mania a algú" no té una traducció literal en anglès, de manera que s'ha optat per una expressió idiomàtica que s'ha estimat equivalent en significat i registre a l'expressió del text de sortida.

Finalment, hi ha casos puntuals en què una frase especialment llarga del text de sortida s'ha dividit en dues frases a l'hora de traduir-la a l'anglès. En general l'anglès fa servir frases més curtes i concises, de manera que s'ha intentat reproduir aquesta característica quan la longitud de les frases en català corria perill de convertir la traducció a l'anglès en quelcom

massa farragós. Això ha estat considerat de manera especial tenint en compte que tot seguit caldria adaptar el text per a subtítols, i cal evitar carregar massa les frases de manera innecessària. Vegem un exemple de divisió de frase:

*Text de sortida:* Jo si em permeteu, de fet, aquesta falta de consciència de la malaltia és fonamental per entendre aquesta malaltia, valgui el redolí, perquè doncs bé, aquest tipus de malalts viuen en un món diferent del *nostro*, estan en contacte amb una realitat diferent de la nostra.

*Text d'arribada:* If I may add something, this lack of awareness of the disease is actually essential to understand it. Schizophrenia patients live in a world that differs from ours, the reality they know is not the same we know.

En aquest cas la relació de causalitat entre totes dues frases queda sobreentesa en anglès, de manera que separar la frase inicial no té repercussions greus de cara a la comprensió del text d'arribada.

### **6.1.2 Estratègies de traducció**

A continuació s'exposaran algunes estratègies de traducció aplicades durant el procés, juntament amb casos concrets. S'han pres com a referència les estratègies de Newmark (1988: 81), les quals es descriuran breument en cada cas.

#### **Transposició**

Segons Newmark, aquesta estratègia inclou un canvi gramatical entre el text de sortida i el d'arribada, com ara un canvi de singular a plural, o una estructura gramatical que no existeix en l'altra llengua i demana un canvi. A continuació vegem un exemple d'aquest últim cas:

*Text de sortida:* Un viatjar cap a la pròpia ment i amb uns paratges doncs insondables que es fan inassequibles al seu entorn.

*Text d'arribada:* A journey inside their own mind, which is filled with unfathomable places that become inaccessible to the patients' environment

En aquest cas no podem emprar la forma infinitiva del verb en anglès com a substantiu, com apareix en català. Així doncs, s'ha optat per canviar la categoria gramatical de la paraula "viatjar", que en català està substantivitzada, per un substantiu en anglès: "journey". Un altre cas el trobem al següent exemple:



*Text de sortida:* Aquella persona que ja biològicament té una minusvalia, quan se li demana més per factors d'adaptació i d'integració a la societat no pot.

*Text d'arribada:* Whenever the person who already has this biological condition is asked to give more of themselves due to social integration and adaptive factors, they find it impossible.

En aquest cas s'ha canviat el nombre del subjecte. Tot i que tant l'original com la traducció comencen parlant de l'individu en singular, la traducció gira el nombre del subjecte cap al plural per evitar atribuir un gènere aleatori a un individu genèric i hipotètic del qual no necessitem aquesta informació. Així doncs, després de la menció de *person*, la resta dels pronoms que hi fan referència tenen la forma plural, *they*. Aquesta situació es troba repetides vegades al llarg de la traducció.

## **Modulació**

Newmark descriu aquesta estratègia com la reproducció del missatge del text de sortida d'acord amb les normes actuals de l'idioma d'arribada, de manera que la traducció quedi expressada de manera més natural de cara a l'audiència del text d'arribada. Es presenta un exemple:

*Text de sortida:* L'esquizofrènia és una malaltia que cursa en brots.

*Text d'arribada:* Schizophrenia is an episodic disease.

En aquest cas ha estat necessari canviar el punt de vista de l'expressió original, tenint en compte que no hi ha una expressió equivalent a "curсар" que pugui sonar natural en anglès. De manera que s'ha optat per seguir la idea del text de sortida però en lloc de fer èmfasi en els brots, es fa èmfasi en la propietat cíclica inherent al verb "curсар". Vegem un altre cas:

*Text de sortida:* Jo diria que realment l'estranyesa que provoca a la família, doncs aquesta ruptura brusca [...]

*Text d'arribada:* I'd say that the alienating feeling the family gets by this drastic change [...]

Aquest exemple és una mica diferent del primer. El problema no és tant la falta de vocabulari equivalent, sinó que la traducció més literal de la frase, tot i ser potencialment correcta a nivell gramatical (per exemple "the strangeness this causes to the family"), s'ha considerat que

entorpeix la fluïdesa del discurs i la percepció de naturalitat. De manera que s'ha optat per modular el missatge de manera que s'acosti més a la normalitat de la parla anglesa. Es presenta un últim exemple a continuació:

*Text de sortida:* I llavors hi ha com aquell auto volguer-se enganyar,

*Text d'arribada:* There is this need to deceive oneself,

En aquest últim cas veiem una construcció en català que no seria del tot correcte, de manera que ha estat necessària una modulació del missatge a l'hora de traduir-lo. La idea transmesa originalment s'ha intentat mantenir, tot i que s'han afegit matisos com ara el verb *need* que no apareixen com a tal al text original, però que es basen en el context per intentar reflectir la idea d'aquesta voluntat d'enganyar-se a un mateix, amb el matís de necessitat afegit tenint en compte el context. Així doncs, també trobem una petita sobretraducció.

### **Amplificació**

Segons Newmark, aquest mecanisme implica fer servir més paraules en la llengua d'arribada per expressar una idea equivalent a la de la llengua de sortida. En aquest cas la tècnica s'ha aplicat amb l'objectiu de fer un èmfasi explícit en la llengua d'arribada de la intenció implícita a la pregunta en la llengua de sortida. En anglès no hauria estat possible fer aquesta pregunta d'una manera tan breu, de manera que la longitud de la frase és significativament més llarga.

*Text de sortida:* I quan et diuen el diagnòstic, què?

*Text d'arribada:* How did you feel the very moment she was diagnosed?

Aquest exemple mostra la falta d'informació explícita al text original que ha calgut compensar a la traducció en anglès. Evidentment la manera d'expressar la pregunta en el text de sortida és fruit de la naturalesa oral de la conversa, cosa que fa que el context sigui suficient perquè la interlocutora entengui el sentit de la pregunta.

### **Equivalent funcional**

L'autor defineix aquesta estratègia com l'ús d'un terme o expressió que té un sentit equivalent però sense matisos culturals. Dit d'una altra manera, té una naturalesa neutra pel que fa al context cultural. Així doncs, en casos on el text de sortida inclou un referent cultural que no té traducció en la llengua d'arribada, cal buscar un equivalent funcional. Durant el procés de traducció s'han trobat diversos casos, se'n cita un a continuació:

*Text d'arribada:* perdia els cèntims que se li daven.

*Text de sortida:* she would even lose the money my parents gave her.

En aquest cas el terme *cèntims* s'ha traduït com a *money* perquè no s'ha considerat que fos un matís rellevant. La paraula *cèntims* s'utilitza de manera informal per referir-se als diners de manera general, però tenint en compte que la línia general del programa és més aviat formal, s'ha intentat mantenir la traducció d'aquesta manera assumint que els matisos culturals no són el focus d'interès. Un altre exemple el trobem en l'ús de la paraula *oposicions* entesa com els exàmens per a accedir a posicions de l'administració pública. La traducció directa d'aquesta paraula a l'anglès, *oppositions*, no inclou el sentit de proves d'accés a una posició pública de manera que ha calgut buscar un equivalent funcional sense el matís cultural. S'han considerat diverses opcions, com ara *competitive examinations* o *public competitions*, i finalment s'ha triat la segona pel fet de contenir el matís de *public*, que s'ajusta més al tipus de posició a la qual s'opta a través d'una oposició.

## **Paràfrasi**

La paràfrasi consisteix a reformular un missatge de manera que la idea principal es mantingui intacta però estigui expressada en altres paraules. Més endavant veurem un exemple aplicat a la subtitulació, però ara ens centrarem en el procés de traducció. Així doncs, cal buscar una manera d'expressar una idea similar en tots dos idiomes, cosa que sovint es pot confondre amb l'equivalència funcional que acabem de veure. Proposem un exemple de paràfrasi que precisament s'allunya de l'equivalència funcional estricta (per no ser expressions estrictament equivalents) i que intenta buscar una manera alternativa de plasmar una expressió amb una elevada connotació cultural:

*Text de sortida:* Aleshores es desconnecta, li salten els ploms com si diguéssim

*Text d'arribada:* And that's when they switch off, they feel they no longer belong there

L'expressió s'ha reformulat com a *they feel they no longer belong there* en aquest context específic tenint en compte el context general de la conversa. S'entén que *li salten els ploms* fa referència a la idea de desconnexió social metafòrica d'una persona que té esquizofrènia, però aquesta idea ja la tenim representada a la primera part de la frase (*Aleshores es desconnecta*). De manera que s'ha optat per donar una altra dimensió a aquesta idea i interpretar-la com una sensació de no pertànyer a un entorn o una realitat.

## Sinonímia

Aquesta estratègia implica la recerca de l'equivalent més proper d'un terme o expressió en la llengua d'arribada en la llengua de sortida. A continuació s'exposen uns quants exemples:

*Text de sortida:* No ens pensàvem que era una malaltia psiquiàtrica, ni molt menys psicològica.

*Text d'arribada:* We never considered the possibility of a psychiatric disorder, let alone a psychological one.

En aquest cas, tot i que l'expressió original en català no és correcta sinó que és una castellanització de l'expressió *ni mucho menos*, (traduïble en català com a *ni de bon tros*, per exemple), la idea és pràcticament la mateixa que es desprèn de l'expressió anglesa *let alone*. Vegem un altre cas de dues expressions gairebé equivalents per expressar la idea de creuar la ment o passar pel cap. A nivell etimològic també tenen moltes similituds, de manera que el caràcter sinònim s'accentua:

*Text de sortida:* A vosaltres en cap moment se us podia passar pel cap que fos esquizofrènia.

*Text d'arribada:* So it never crossed your mind that it could be schizophrenia.

## Traducció literal

Aquest tipus de traducció reproduïx l'estructura del text d'arribada en la traducció a la llengua de sortida. No és bo abusar-ne si es busca la naturalitat d'un text, perquè sovint pot trencar la fluïdesa del discurs de sortida. A continuació s'exposen uns exemples:

*Text de sortida:* no solament ja pels familiars d'aquest tipus de malalt, sinó inclús pels mateixos metges

*Text d'arribada:* not only for these patients' relatives, but even for doctors themselves.

*Text de sortida:* *inclús* a vegades crea l'expectativa aquella de "potser serà l'efecte de la droga".

*Text d'arribada:* sometimes it even creates this expectation of thinking "maybe it's the drug effect."

*Text de sortida:* La peregrinació per metges abans d'acceptar el diagnòstic definitiu.

*Text d'arribada:* The pilgrimage from doctor to doctor before accepting the definitive diagnosis.

Cap dels tres casos inclou una literalitat absoluta, la qual és preferible evitar en tot cas, però hi ha una reproducció prou similar de l'estructura de la frase original i la traducció. S'ha optat per aquesta estratègia perquè no alterava la naturalitat del discurs i reproduïa prou bé (com ara en el segon cas) l'espontaneïtat del discurs.

## 6.2 Terminologia científica

En general no s'ha trobat massa terminologia especialitzada pels motius que s'han comentat anteriorment. És un programa que pretén arribar a l'audiència general i que, tot i comptar amb professionals de la medicina a cada capítol, també convida persones que són part del públic general, que o bé pateixen directament el problema o en són propers. Així doncs, els termes que fan servir els dos psiquiatres són familiars per a l'audiència i no demanen un coneixement altament especialitzat per poder seguir el discurs. A continuació vegem alguns exemples de la terminologia més emprada durant el fragment de programa:

*Text de sortida:* hi han diferents formes d'inici de la malaltia i hi han diferents classes en quant a la manifestació d'aquesta malaltia.

*Text d'arribada:* this disorder can have different sorts of onsets, as well as different ways in which it can be manifested.

*Text de sortida:* Això amb un començament, fins que apareix el brot

*Text d'arribada:* This happens in the beginning, until the outbreak appears

*Text de sortida:* Exactament, vull dir, a la maniàco-depressiva pot començar per una fase també delirant.

*Text d'arribada:* Exactly, I mean, the manic-depressive disorder can also present itself with an equally delusional phase.

Val la pena parlar també dels termes que es fan servir en català per parlar de l'esquizofrènia, i com es tradueixen en anglès. Al text original en català es fa servir la paraula *malaltia* per referir-se a l'esquizofrènia, en canvi en anglès el terme correcte per parlar de trastorns mentals seria *disorder*, i no *illness* o *disease*, que són els equivalents més freqüents quan es parla de malalties de manera general. De fet, en el context en el qual ens trobem es podria proposar canviar *malaltia* pel terme *trastorn*, el qual funciona millor en aquest sentit perquè és més precís (de la mateixa manera que el terme en anglès *disorder* en contraposició amb *disease*). Tot i això, el concepte de malaltia mental no és incorrecte en català. A continuació es presenten alguns casos:

*Text de sortida:* [...] perquè hi *han* diferents formes d'inici de la malaltia,

*Text d'arribada:* [...] given that this disorder can have different sorts of onsets,

*Text de sortida:* [...] no ens pensàvem ni molt *menos* que era una malaltia psiquiàtrica,

*Text d'arribada:* [...] but we never considered the possibility of a psychiatric disorder,

### 6.3 Traducció adaptada per a subtitulació

De cara a la subtitulació s'han tingut en compte els criteris establerts al punt 3.1.1. Seguint aquestes pautes, s'han intentat no excedir els 37 caràcters per línia i els 17 caràcters per segon (CPS), cosa que ha estat possible en la majoria de casos. Aquelles instàncies on no ha estat possible respectar aquests límits són fruit de frases trepitjades entre interlocutors conseqüència de l'oralitat del discurs, on la resposta pot ser un monosíl·lab com ara *yes* que sovint cal encaixar en un període de temps molt i molt petit. També poden ser conseqüència d'una velocitat de parla elevada per part de l'interlocutor. Tant aquesta situació com l'anterior són freqüents i esperables en programes d'aquest tipus, on el discurs no ha estat assajat i té un caràcter eminentment espontani.

Un exemple el trobem al minut 01:39:50, on cal encaixar la frase *as schizophrenia is an episodic disease* en un interval de 2.14 segons. L'interlocutor diu en català *l'esquizofrènia és una malaltia que cursa en brots* i, tot i semblar una frase més llarga, la velocitat de parla del doctor (i la llargada considerable de la paraula protagonista a tot el text, *esquizofrènia*) fa impossible encaixar la frase sencera amb els paràmetres establerts. El resultat és un CPS de 19, dos punts per sobre de la mesura ideal. Així doncs, davant la impossibilitat d'escurçar el temps d'aparició del subtítol en pantalla i després de descartar l'opció de separar una frase tan curta en dos subtítols, s'ha mantingut la frase en un subtítol de dues línies amb 19 CPS i 2.14 segons de permanència.

Així doncs, veurem alguns exemples de fragments de la traducció primera en contrast amb el subtítol, juntament amb les estratègies traductològiques emprades en cada cas. En general quan subtitulem la intenció és sintetitzar el missatge, reduir-lo d'alguna manera per a afavorir una lectura dels subtítols àgil i fàcil de seguir, d'acord amb el tipus de contingut audiovisual. Segons Nir (1984: 82) el traductor ha de tenir en ment que la comprensió lectora demana més temps que la comprensió oral. D'aquesta manera es justifica la reformulació o l'omissió d'informació a l'hora de subtitular.

Tenint això en compte les estratègies principals que es fan servir per a subtitular són la **condensació**, l'**eliminació** o la **paràfrasi**. En aquest sentit és important recordar, tal com diu Marleau (1982: 279), que quan la diferència en el nombre de caràcters de la frase original i el subtítol és moderada, l'espectador pràcticament no notarà la diferència. En canvi, si la diferència és molt evident provocarà un efecte d'incomoditat sobre qui ho llegeix, pensarà que falta informació. Així doncs, tot i que l'estratègia més emprada en subtitulació sigui la reducció, l'eliminació d'informació, cal fer-ho amb criteri i no aplicant aquesta pauta com a norma general per a subtitular. L'autor indica que el subtítol ha de ser tan curt com calgui i tan llarg com ho permetin les condicions tècniques.

*Primera traducció:* The symptoms aren't always the same. Do they differ depending on each patient?

*Subtítol:* And do the symptoms differ on each patient?

En aquest cas s'ha pres la decisió d'eliminar la primera part. D'una banda, perquè tot i constatar un fet a l'inici, no canvia la intenció de la pregunta de manera dràstica, i d'altra banda perquè el doctor a qui s'adreça la pregunta comença a respondre abans que la presentadora acabi de parlar. Aquest factor sumat a la velocitat de la parla ha fet disminuir l'interval disponible per al subtítol, de manera que s'ha aplicat l'estratègia traductològica d'**eliminació** en aquest cas.

*Primera traducció:* which give us reasons to assume that there is a biological alteration in the patient's brain

*Subtítol:* which point to a biological alteration in the brain,

Aquí s'ha optat per una **paràfrasi**, és a dir, per reformular el text de la primera traducció mantenint les idees originals. Al subtítol es perd lleugerament la idea de tenir motius per creure (al text, *which give us reasons to assume*) i s'afegeix el matís d'indicació (al text, *which point to*). Això fa que l'estructura de la frase hagi de canviar lleugerament, però la cohesió no es veu afectada per aquest canvi. Al subtítol també s'omet que es parla del cervell del pacient, però tenint en compte el context s'ha considerat redundant i, per tant, innecessari.

A continuació es presenta un altre exemple de paràfrasi, però que a més presenta de manera secundària una **hiperonímia**. Segons Lomheim (1995: 291), el fenomen de la hiperonímia també suposa una reducció, però no és la situació ideal per la pèrdua de significat que implica. En l'exemple, el terme emprat al subtítol, *earlier*, és un hiperònim de la primera traducció, *at the beginning of the show* si tenim en compte que *earlier* conté un significat més general que

l'expressió original, la qual ens marca un punt més concret en el temps. Cal anar amb compte amb aquests fenòmens per tal d'evitar perdre informació rellevant.

*Primera traducció:* We were saying at the beginning of the show

*Subtítol:* We said earlier

Per acabar amb la revisió de les estratègies aplicades durant la subtitulació es presenten dos exemples, aquest cop fent servir la tècnica de la **condensació**. Al primer exemple, trobem elements redundants a la traducció primera, com ara *I would add*, que s'han omès perquè discursivament no aporten informació. En aquest cas també s'ha reformulat la frase passiva de la primera traducció en una d'activa, per tal de prioritzar una redacció sintètica. De la mateixa manera, el punt de vista i la categoria gramatical d'alguns components també canvia: a la primera traducció el país és el complement agent i al subtítol és el subjecte.

*Primera traducció:* I would add, however, that depending on the country in which the diagnosis is being made, it could be considered as a group of psychiatric syndromes included in the global diagnosis of schizophrenia, which tends to be the case in the US.

*Subtítol:* And even depending on the country issuing the diagnosis it may be taken as a group of psychiatric syndromes within the schizophrenia diagnosis, such as in the US.

En aquest segon exemple, la condensació no és tan evident. Tan sols ha consistit a eliminar els elements discursius com ara les oscil·lacions de l'interlocutor, i a buscar formes de reflectir el temps pretèrit d'una manera més resumida però que alhora mantingui la cohesió textual. Aquesta última consideració de fet és clau durant tot el procés de traducció.

*Primera traducció:* And all of a sudden she started saying that the TV was talking about her, that we... well, she distrusted us, she kept saying that her coworkers had it in for her...

*Subtítol:* And then she started saying that the TV talked about her, she even distrusted us. She told us her coworkers had it in for her.



## 7. Conclusions

Aquest treball m'ha permès viure a petita escala l'experiència de traduir i subtitular un text amb el rigor que ho fan els traductors professionals. Ha estat un treball molt profitós del qual he pogut aprendre molt sobre les vicissituds del procés de traducció i subtitulació en general, però també aplicada al camp audiovisual. En aquest treball doncs, s'ha intentat plasmar tot el procés, des de la documentació, per exemple pel que fa a les pautes de subtitulació, fins els processos més directament relacionats amb la traducció *per se*.

Val la pena comentar que fer la transcripció del text original en català és una tasca que idealment el traductor no ha de dur a terme, tenint en compte que li haurien de poder facilitar el guió amb antel·lació. En aquest cas s'ha volgut realitzar el procés complet des de la transcripció i ha estat molt útil per familiaritzar-me amb el text i anticipar possibles problemes de traducció i subtitulació, com ara solapaments, vacil·lacions en el discurs, rectificacions o interaccions ràpides que potencialment condicionaran la redacció dels subtítols. S'han detectat expressions incorrectes també, però s'ha mantingut tot tal com ho enuncien els interlocutors per no perdre cap matís a l'hora de fer la traducció.

A l'hora d'elaborar la traducció he pogut enfrontar-me als reptes derivats del procés i m'he adonat que inevitablement quan traduïa ho feia pensant en com plasmaria alguns aspectes de cara als subtítols. Per evitar que aquesta anticipació condicionés les decisions i les estratègies emprades durant el procés de la primera traducció, m'he intentat centrar primordialment en aquesta tasca i he deixat per a la següent fase l'ajustament del text per a subtítols. Durant la traducció he pogut viure els dilemes i valoracions que els professionals troben a cada text que passa per les seves mans. La valoració del context del text per decidir quin estil general cal seguir (domesticació o estrangerització), la tria d'una o altra expressió en funció de si es busca un registre formal o informal, fins i tot la decisió de plasmar aquest canvi de registre o no. Cal tenir en compte moltíssims factors i alhora també tenir clar que no hi ha una traducció perfecta. La pèrdua d'informació en una traducció, per petita que sigui, és inevitable. Haywood, Thompson i Hervey (2009) així ho indiquen a la seva obra *Thinking Spanish Translation*:

But it is far more realistic to start by admitting that the transfer of meaning from ST to TT is necessarily subject to a certain degree of translation loss; that is, a TT will always lack certain culturally relevant features that are present in the ST.

Això s'ha posat de manifest a l'hora de traduir expressions molt arrelades al context cultural de la llengua de sortida i sense una equivalència directa en la llengua d'arribada, com ara a l'expressió que hem analitzat anteriorment, *se li han saltat els ploms*. Totes aquestes situacions traductològiques demanen que el traductor tingui un domini prou elevat de la cultura i normes lingüístiques de totes dues llengües, especialment en traduccions inverses com la que s'ha presentat. Aquest era un altre assumpte interessant que es pretenia provar amb aquest treball, l'experiència inversa a la típicament associada a la traducció. A tall personal he de dir que en alguns casos m'ha calgut fer una recerca més extensa per tenir prou seguretat que la paraula, terme o expressió escollit reflectia al màxim la naturalitat i registre del text de sortida. Amb la particularitat afegida que és una conversa oral he estat més atenta a les petites particularitats que fan que el discurs en català soni espontani i natural, de manera que s'han traslladat en la mesura que ha estat possible al text traduït.

El text de partida d'aquest treball, a més, presentava el possible repte afegit que suposa un context científic. Finalment no hi ha hagut dificultats notables en aquest sentit, però voldria posar de manifest la rellevància de la tasca dels traductors especialitzats en camps on és imprescindible tenir coneixements fonamentats per tal d'evitar ambigüetats terminològiques.

Pel que fa a la subtitulació, ha estat un repte encabir tota la informació de la primera traducció en subtítols que no fóssin massa feixucs o densos. En el text que s'ha treballat hi intervenen dos psiquiatres que tenen intervencions llargues i el discurs original no sempre era coherent, de manera que s'han hagut de resoldre i simplificar situacions com ara redundàncies, vacil·lacions, frases inacabades, frases trepitjades entre interlocutors, i intervals de temps extremadament reduïts on calia reflectir molta informació, entre d'altres escenaris. Durant tot el procés s'ha tingut especialment en compte la màxima de Marleau (1982: 279), esmentada en apartats anteriors i que torno a citar: "el subtítol ha de ser tan curt com calgui i tan llarg com ho permetin les condicions tècniques".

De fet, especialment amb l'expansió de l'ús dels subtítols ara estem més en contacte que mai amb la feina dels traductors, i precisament perquè avui dia els trobem arreu als espectadors els pot semblar que la tasca de subtitular és trivial i senzilla, fins i tot motiu de crítica en cas que l'espectador detecti incongruències entre el discurs en versió original i els subtítols. Altra vegada es tendeix a obviar tota la feina que implica el procés de subtitulació, a menystenir totes les decisions i les motivacions tècniques i lingüístiques que hi ha darrere i que el professional ha pres a consciència.

Com a conclusió final voldria posar en valor la figura del traductor i tot allò a què s'enfronta cada cop que s'endinsa en el procés de traducció. En vista que la globalització actual afavoreix que hi hagi més excuses per a traduir i subtitular contingut, és hora de valorar els professionals que fan possible aquest intercanvi comunicatiu entre llengües i ens permeten enriquir la ment, així com aprendre i nodrir-nos d'altres cultures. Els lectors o espectadors s'aturen en comptades ocasions a valorar què suposa la traducció d'un text, què hi ha darrere o com s'ha dut a terme. De fet, sovint es passa per alt que hi ha una persona amb una motxilla de coneixements molt extensos sobre altres llengües i cultures. Uns coneixements que han aplicat amb criteri, rigor i cura i que fan que el text tingui aquesta forma i no una altra. En resum, no apreciem prou el fet que cada traducció és única i conté una part de les vivències i coneixements del traductor, les quals són la base de les decisions que ha pres durant el procés.

## 8. Bibliografia

Bartoll, E. (2016). *La subtitulació. Aspectes teòrics i pràctics*. Eumo Editorial. Recuperat de: <https://es.scribd.com/book/314941456/La-subtitulacio-Aspectes-teorics-i-practics>

Basté, C. (Prod). (1995). *No sé què em passa*. L'esquizofrènia. 25 [Programa de televisió]. Barcelona: Televisió de Catalunya. Recuperat de: <https://www.ccma.cat/tv3/alcanta/no-se-que-em-passa/no-se-que-em-passa-capitol-25/video/5758313/>

Beeby Lonsdale, A. (1996). La traducción inversa. En Hurtado, A. (ed.), *La enseñanza de la traducción* (pp. 57-78) Servicio de publicaciones de la Universidad de Jaume I, Castellón. Recuperat de: <https://books.google.es/books?id=zr1GiO87QWwC&lpg=PA57&dq=traducci%C3%B3%20inversa&lr&hl=ca&pg=PA57#v=onepage&q=traducci%C3%B3%20inversa&f=false>

Cabré, M. T. (2004). La terminología en la traducción especializada. A: C. Gonzalo García; V. García Yebra (eds.) *Manual de documentación y terminología para la traducción especializada*. Madrid: Arco/Libros. Colección Instrumenta Bibliológica, pp. 89-122.

CCMA. (s.d.). ésAdir. Subtitulació: convencions gràfiques. Recuperat de: [https://esadir.cat/entrades/fitxa/node/Subtitulacio\\_criteri\\_formals](https://esadir.cat/entrades/fitxa/node/Subtitulacio_criteri_formals)

Chaume, F. (2013). Panorámica de la investigación en traducción para el doblaje. *TRANS*, 17, pp. 13-34. Recuperat de: [http://www.trans.uma.es/trans\\_17/Trans17\\_013-034.pdf](http://www.trans.uma.es/trans_17/Trans17_013-034.pdf)

Díaz Cintas, J., Remael, A. (2014). *Translation Practices Explained. Audiovisual Translation: Subtitling*. Routledge, 2007. Recuperat de: <https://books.google.es/books?id=MIW4AwAAQBAJ&lpg=PP1&dq=subtitling&lr&hl=ca&pg=PR4#v=onepage&q=subtitling&f=false>

Haywood, L. M., Thompson, M., Hervey, S. (2009). *Thinking Spanish Translation*. Routledge.

Kelly, D. A. (1997). La enseñanza de la traducción inversa de textos "generales". A: R. Martín-Gaitero, M. Á. Vega Cernuda (eds.), *La palabra vertida: investigaciones en torno a la traducción: actas de los VI Encuentros Complutenses en torno a la Traducción*, pp. 175-183. Recuperat de: [https://cvc.cervantes.es/lengua/iulmyt/pdf/palabra\\_vertida/18\\_kelly.pdf](https://cvc.cervantes.es/lengua/iulmyt/pdf/palabra_vertida/18_kelly.pdf)

Kelly, L. (1979). *The true interpreter*. Oxford: Basil Blackwell.

Koolstra, C. M., Peeters, A. L., Spinhof, H. (2002). The Pros and Cons of Dubbing and Subtitling. *European Journal of Communication*, Vol 17(3), pp. 325–354. Recuperat de: <https://doi.org/10.1177/0267323102017003694>

Ladmiral, J. R. (1979). Traduire: Théoremes pour la Traduction. *Petite Bibliothèque Payot*, 366. Paris: Payot. Recuperat de: [https://www.persee.fr/doc/equiv\\_0751-9532\\_1980\\_num\\_11\\_2\\_1044\\_t1\\_0083\\_0000\\_1](https://www.persee.fr/doc/equiv_0751-9532_1980_num_11_2_1044_t1_0083_0000_1)

Llácer, E. V. (1997). Introducción a los estudios sobre traducción: historia, teoría y análisis descriptivos. *Annex XX de la revista Cuadernos de Filología*. Universitat de València. Recuperat de: <https://books.google.es/books?id=7tBvSLIXvhkC&lpg=PA1&dq=historia%20del%20lenguaje>

[%20y%20traducci%C3%B3n&lr&hl=ca&pg=PP5#v=onepage&q=historia%20del%20lenquaje%20y%20traducci%C3%B3n&f=false](#)

Marleau, L. (1982). Les sous-titres...un mal nécessaire. *Meta* XXVII 3, 1982, pp. 271-285. DOI: <https://doi.org/10.7202/003577ar>

Newmark, P. (1988). *Approaches to Translation*. Hertfordshire: Prentice Hall.

Nir, R. (1984). Linguistic and sociolinguistic problems in the translation of imported films in Israel. *International Journal of the Sociology of Language* 48, 1984, pp. 81-97. DOI: <https://doi.org/10.1515/ijsl.1984.48.81>

Orrego, D. (2013). Avance de la traducción audiovisual: desde los inicios hasta la era digital. *Mutatis Mutandis. Revista Latinoamericana De Traducción*, 6(2), 297-320. Recuperat de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/mutatismutandis/article/view/17081>

Remael, A. (2010). Audiovisual translation. A Gambier, Y., van Doorslaer, Luc. (ed.), *Handbook of Translation Studies*, Vol. 1, pp. 12-17. John Benjamins Publishing. Recuperat de: <https://books.google.es/books?id=BTwzAAAQBAJ&lpg=PA12&dq=audiovisual%20translation&lr&hl=ca&pg=PA12#v=onepage&q=audiovisual%20translation&f=false>

Ribera, M., García, R., Sendín, M., Salse, M., Pascual, A., Gil, V., Granollers, T. (2013). Guia de subtitulació. Ribera, M. i Granollers, T. (eds.) *Guia de contingut digital accessible: vídeo*. (1a ed., pp. 31-79). Universitat de Barcelona. Recuperat de: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/46578/GuiaSubtitols.pdf?sequence=1>

Roiss, S. (2001). El mercado de la traducción inversa en España. Un estudio estadístico. *Hermeneus. Revista de Traducción e Interpretación*, 3. Recuperat de: <http://hdl.handle.net/10366/126564>

Sevilla Muñoz, M., Sevilla Muñoz, J. (2003). Una clasificación del texto científico-técnico desde un enfoque multidireccional. *Language Design*, 5, pp. 19-38. Recuperat de: <https://ddd.uab.cat/pub/landes/11394218v5/11394218v5p19.pdf>

Thompson, J. B. (2013). *Ideology and Modern Culture: Critical Social Theory in the Era of Mass Communication*. John Wiley & Sons. Recuperat de: <https://books.google.es/books?id=KwLhf98hof8C&lpg=PT9&dq=communication%20has%20adapted%20to%20culture&lr&hl=ca&pg=PT12#v=onepage&q=communication%20has%20adapted%20to%20culture&f=false>

Tyulenev, S. (2014). *Translation and Society: An Introduction*. Routledge, 2014. Recuperat de: <https://books.google.es/books?id=N5ixAwAAQBAJ&lpg=PP1&dq=translation%20and%20society&lr&hl=ca&pg=PP1#v=onepage&q=translation%20and%20society&f=false>

Valenzuela Manzanares, J. (2002). Lingüística contrastiva inglés español: una visión general. *Carabela*, 51, pp. 27-45. Recuperat de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7173955>

## 9. Annexos

### 9.1 Transcripció

Transcripció del minut 02.57 al minut 20.26 del capítol sobre esquizofrènia del programa *No sé què em passa*:

#### ***No sé què em passa - L'esquizofrènia (insert)***

**Àngels Barceló:** Dèiem a l'inici del programa que l'esquizofrènia és una de les malalties mentals més greus que es coneixen. Per parlar-ne hem convidat aquesta nit el doctor Albert Solà. És psiquiatra i autor d'un llibre de divulgació de l'esquizofrènia. Un llibre, però, adreçat especialment als familiars dels esquizofrènics. Doctor Solà, bona nit i benvingut.

**Dr. Solà:** Molt bona nit.

**Àngels:** Es pot parlar de diferents tipus d'esquizofrènia?

**Solà:** Sí, efectivament. Vull dir, inclús jo diria que el terme esquizofrènia s'ha d'ampliar amb el plural de dir "hi han esquizofrènies", perquè hi han diferents formes d'inici de la malaltia i hi han diferents classes en quant a la manifestació d'aquesta malaltia. Inclús jo diria, en funció del país en què es diagnostica aquesta malaltia, es pot considerar tot un grup de síndromes psiquiàtrics, inclosos dins del diagnòstic d'esquizofrènia, cosa que passa a Estats Units, i en canvi a Europa la cosa es veu des d'una forma molt més diferent, molt més concreta, els síndromes de deliris o d'al·lucinacions.

**Àngels:** I els símptomes aleshores no sempre són els mateixos, varien depèn del malalt?

**Solà:** Sobretot a la fase d'inici. És una malaltia que a vegades costa de diagnosticar, no solament ja pels familiars d'aquest tipus de malalt, sinó inclús pels mateixos metges, perquè moltes vegades dona la impressió que el malalt està començant una fase depressiva, vull dir una fase de tancament, de replegar-se sobre si mateix i de desconexió amb el seu entorn, no? I moltes vegades dona la impressió que això és una cosa de *tipo* depressiu, i com que agafa en una època de la vida, principalment a l'època de l'adolescència, es confón moltes vegades amb problemes escolars. Vull dir, que el noi no vol estudiar més, o que si *té que anar* a fer el servei militar per exemple, doncs és una excusa per no anar a fer el servei militar, etcètera. Això amb un començament, fins que apareix el brot, (l'esquizofrènia és una malaltia

que cursa en brots), apareix el primer brot en què realment hi ha tots els símptomes al·lucinatoris, delirants, de la forma més franca, que llavors és quan realment és fàcil de diagnosticar-la.

**Àngels:** I aquests símptomes són els que diferencien l'esquizofrènia d'una persona maníaco-depressiva, amb la que es confón moltes vegades, com vostè mateix ha dit?

**Solà:** Exactament, vull dir, a la maníaco-depressiva pot començar per una fase també delirant, però *bueno* és una cosa molt més aparatosa, vull dir, l'individu se sent amb una gran felicitat, una gran alegria, a la fase maníaca, la fase d'eufòria, es pensa que és el *duenyo* del món, fa unes despeses impressionants, es compra un Mercedes, es compra roba, etc. etc. Fins que canvia de fase i llavors *se'n dona compte* que ha fet un disbarat, entra en la depressió, però vull dir, no hi ha aquest trencament tan, tan brusc, com es produeix amb el malalt esquizofrènic, i en el malalt esquizofrènic *lo* que hi ha és aquest replegament cap al seu interior, vull dir, és una fugida cap a dintre. Un viatjar cap a la pròpia ment i amb uns paratges doncs insondables que es fan inassequibles al seu entorn.

**Àngels:** Trencament brusc, és un terme que ha utilitzat el doctor Solà, també n'havia parlat el doctor Corbella, i qui ens pot parlar molt bé és l'Anna, d'aquest trencament brusc. Vostè, la seva germana petita és esquizofrènica.

**Anna:** Sí.

**Àngels:** Fins els divuit anys era una noia oberta, una noia que estudiava, una noia que sortia, però va canviar tot de cop.

**Anna:** De fet va ser de sobte, o sigui, ella estava treballant, va treure unes oposicions, estava estudiant pedagogia, era una noia molt normal que feia la seva feina, estudiava, etcètera. Molt oberta, molt simpàtica i de sobte va començar que la televisió parlava d'ella, de que nosaltres doncs...desconfiava de nosaltres, la gent del treball li tenia manies... Va estar molt estranya, es perdia al arribar a casa, o sigui, sortia de la feina i *llavòrens* trigava molt temps, no sabia on havia estat, perdia els cèntims que se li daven. I bueno, nosaltres fins i tot vam pensar que poder hi havia una altra cosa de fons, no ens pensàvem ni molt *menos* que era una malaltia psiquiàtrica, ni molt *menos* psicològica.

**Àngels:** D'entrada, per exemple, es pensaven que tenia alguna cosa a veure amb les drogues.

**Anna:** Sí, és clar, perquè nosaltres la vèiem molt estranya però va ser molt de sobte, molt estranya, una conducta que no era normal en ella i, és clar, nosaltres no teníem cap coneixement d'aquesta malaltia i ens vam pensar doncs, bueno, *lo* que ja se sentia *llavòrens*.

**Àngels:** La van arribar a portar a un centre de desintoxicació.

**Anna:** Un bon dia doncs, és clar, es va perdre i *llavòrens* quan la *vem* trobar no sabia on havia estat i nosaltres vam pensar que *bueno*, havíem de portar-la a algun *puesto*. No sabíem a on i *vem* anar a un centre de desintoxicació i bueno, allà ens van dir que no presentava aquest símptoma de droga, que realment era una malaltia greu.

**Àngels:** No és un cas aïllat aquest.

**Dr. Corbella:** No, no. De fet, anava a dir-ho, alguns casos comencen així i algunes vegades es dona la paradoxa que potser hi ha hagut una ingesta puntual de droga que pot, inclús...

**Anna:** Ja ens consta que no.

**Corbella:** No, no, però vull dir que, inclús a vegades crea l'expectativa aquella de "potser serà l'efecte de la droga". I fins i tot, de vegades, hi ha el familiar que s'entesta en creure que li han posat alguna droga, i ens venen al metge ens diuen "això, és que a tal discoteca, tal lloc, li deuen haver posat alguna cosa, perquè l'han canviada", o l'han canviat, aquesta persona", és així, això ho veiem a la nostra feina, que la família es sorprèn tant del canvi d'aquella persona que, busca alguna causa externa. I, clar, les drogues que estan divulgades acaben considerant-se culpables d'allò que no té re *que* veure amb el que està passant.

**Àngels:** A vosaltres en cap moment se us podia passar pel cap que fos esquizofrènia.

**Anna:** No ho havíem sentit mai, o sigui quan ja la vam portar, primer la vam portar a un psicòleg i, *bueno*, ens va dir que *llavòrens* no era una cosa d'ell, que era més greu, i vam anar a un psiquiatra i *bueno*, és clar, quan ens ho va dir nosaltres no teníem ni idea d'aquesta malaltia, no l'havíem sentida mai.

**Àngels:** I quan et diuen el diagnòstic, què?



**Anna:** Ens vam quedar, bueno, molt espantats, vull dir que ens ho va posar molt negre, com és, vull dir, la realitat com és. Però ens ho van... No ens van explicar lo suficient bé com per entendre-la, i *llavòrens* ens vam espantar i vam canviar immediatament de psiquiatra. Vam dir "aquest senyor s'ha equivocat, no pot ser que tingui això, nem amb un altre *puesto*." Quan veus que vas passant psiquiatres i ens van dient que realment no, que és això, aquesta malaltia, doncs bueno...

**Àngels:** És un altre fet habitual aquest també, doctor Solà, la peregrinació per metges abans d'assumir el diagnòstic definitiu.

**Solà:** Sí, efectivament, jo diria que realment l'estranyesa que provoca a la família, doncs aquesta ruptura brusca, una persona que abans era sensacional i bueno, la simptomatologia que apareix doncs fan que la persona no s'ho cregui, vull dir té la sensació que allò no és aquest tipus de malaltia i, ademés, hi ha, jo diria que el que diu la senyoreta és important, la falta d'informació que hi ha sobre aquest tipus de malaltia, que jo diria que reverteix negativament sobre la malaltia. Vull dir que és una malaltia que durant molt temps ha sigut considerada com una cosa vergonyant, els mitjans de comunicació moltes vegades fan referència a aquest tipus de malaltia per qüestions totalment desastroses, en conductes antisocials, etc. I *allavorens* la gent té com una certa por, o pànic davant d'aquesta paraula, no? Però diria que aquesta paraula s'ha de desmitificar, com s'han desmitificat altres malalties, com a la seva època *pues* la tuberculosi, amb una altra època *pues* la malaltia de la SIDA, una malaltia també que se'n parla d'una forma això, l'Alzheimer, que s'està parlant actualment, doncs l'esquizofrènia és una malaltia com aquestes. *Allavors* vull dir, no té res de màgic, no té res d'extraordinari, no té res de misteriós, no és cap malaltia vergonyant, i quan més se'n parli, quan més es diguin les coses pel seu nom, quan més es clarifiquin conceptes, la gent tindrà *menos* por de lo que és aquesta malaltia.

**Àngels:** I ella, la teva germana, quan va rebre el diagnòstic, vosaltres dieu "no ens ho crèiem, vam anar d'un metge a un altre". Ella, com a malalta?

**Anna:** Ella no era conscient *allavòrens*. No era gens conscient, vull dir que es prenia la medicació perquè li dèiem, ella és bastant obedient i es pren bastant la medicació, però bueno, com que anàvem al psiquiatra i ens visitava un cop al mes o un cop cada quinze dies doncs ella feia una vida doncs, al treball, i veia com altre gent i veia que ella no estava malalta, no n'estava prou, de convençuda. És que vam fer aquest peregrinatge de metges i fins que vam arribar en un centre que es diu AREP i bueno, vull dir que allà realment la van fer conscient de la seva malaltia.

**Àngels:** I ella què diu?

**Anna:** I ella n'és conscient ara. I bueno, moltes vegades plora perquè vol ser una persona normal, i no sap perquè li passa, o sigui, està informada pel centre i *aixins* però voldria ser una persona com nosaltres.

**Àngels:** Hmm.

**Dr. Solà:** Jo si em permeteu, de fet, aquesta falta de consciència de la malaltia és fonamental per entendre aquesta malaltia, valgui el redolí, perquè doncs bé, aquest tipus de malalts viuen en un món diferent del *nostro*, estan en contacte amb una realitat diferent de la nostra. Llavors ells es pensen que estan en una veritat, i que no té res que veure amb la realitat nostra, i no considera que està malalt ell, sinó que més aviat són les persones que l'envolten que són estranyes, que han canviat d'actitud, de comportament, que són més amenaçadores, són portadores de perill, etc. no? Doncs aquí *lo* important és que aquesta persona arribi a prendre consciència de la malaltia i de la necessitat de medicar-se. També s'ha d'entendre que aquesta malaltia cursa en brots, i que *llavors* passa per fases o períodes en què l'individu sí que pren consciència que està malalt, i llavors aquesta persona pot passar a fases de depressió *donant-se'n compte* que està en una situació diferent dels demés, nota que, per exemple, els amics i les amigues que abans el telefonaven i sortien amb ell deixen de telefonar-lo, que s'està produint un aïllament amb el seu entorn social, i entra en fases depressives, i llavors pot tornar a entrar en un altre brot, o no, depèn, no? Però vull dir...

**Àngels:** Brots que es poden considerar alts i baixos, no?

**Solà:** Alts i baixos, vull dir, el brot és quan entra dins de la fase delirant.

**Àngels:** I que pot coincidir amb un canvi d'estació, per exemple?

**Solà:** No necessàriament, a vegades és una cosa impensada. Els canvis d'estació se n'ha parlat molt que hi ha una reagudització dels brots psicòtics, però no és necessari que hi hagi un canvi d'estació, sinó que qualsevol esdeveniment, *inclús* qualsevol situació de la vida quotidiana, familiar, que representi un canvi i que la persona aquesta hagi d'adaptar-s'hi, a una nova situació, per petita que sigui pels demés, per ell pot ser un viatge d'un germà, o anar a una comunió, o el que l'altre se'n vagi d'excursió, etc, etc. Totes aquestes coses són viscudes com a canvis que fan una reacció d'estrès en l'individu, i aquesta reacció d'estrès pot provocar l'aparició del nou brot.

**Àngels:** Dr. Corbella, l'Anna ens deia "la meva germana doncs, sovint plora perquè ella diu que vol ser una persona normal". La família a més a més al principi no es creu el diagnòstic, què s'ha de fer? Com s'ha d'acceptar la malaltia, tant per part del malalt com per part de la família?

**Corbella:** Jo penso que és molt difícil acceptar la malaltia i per això passa que, hi ha un moment en què es visita, són *dos* visites, hi han dos situacions: la del malalt, com ens molt bé explicava el dr. Solà, el malalt no entén res o entén una altra cosa, és a dir, no entén res com ho entendríem nosaltres, té un altre curs de pensament, pensa unes altres coses, i després els familiars que es troben amb una realitat, és a dir de cop i volta es troben amb un diagnòstic que, a més a més, els sorprèn, i que a més a més té connotacions de tipus socials negatives. De cop i volta, el meu fill, la meva filla, el meu germà, la meva germana, surten de la normalitat, i el procés d'acceptació és, jo penso que paral·lel. Per una banda hi ha la informació i per una altra banda hi ha la constatació. La meva experiència, el meu veure aquests malalts em porta a què hi ha un temps que, per molta confiança que es tingui en el metge, hi ha un temps que no te l'acabes de creure i que, en el fons, t'agafes a aquelles petites esperances de dir "això serà un brot, remeterà", "està molt millor" inclús. El familiar es vol enganyar, "ha pres la medicació i ja està la mar de bé, està tranquil, ha dormit molt bé, ja no diu aquelles tonteries, ja fa dies que no ens explica res, l'altre dia fins i tot vam poder parlar una estona o, va seguir un partit de futbol sense disgustar-se". I llavors hi ha com aquell auto *volguer-se* enganyar, normalíssim a més a més, jo penso que en tots els malalts de tant en tan ho fem, inclús quan tenim la grip volem negar que estem més bé, pensem que ja estem recuperats perquè no tenim febre. Doncs hi ha un procés de negar, que penso que és normal, i que de vegades fins i tot el professional es converteix en una mica com un enemic antipàtic perquè et torna a dir "escolta, vigila, escolta, vigila". I és el pas del temps, la reiteració dels brots, l'assumir que aquella persona ha canviat, que ajuda primer a *donarte'n compte* que realment allí passa quelcom d'estrany, i que llavors quan assumeixes que allò és esquizofrènia, llavors assumeixes que la vida d'aquella persona canviarà. Però és un procés que no és així com potser altres coses que són més clares, això és... a més a més és canviant, no? Perquè d'un dia a un altre el malalt modifica, canvia. I el propi malalt, perquè jo voldria dir una altra cosa, perquè el cas que s'ha exposat és d'una noia que estudiava Pedagogia i que era brillant. Hi ha algun tipus de cas que em penso que caldria dir-ho, que quan apareix el brot, el familiar diu "sempre havíem notat que tenia rareses", és a dir, hi ha també un tipus de malalt que, la ruptura hi és, perquè el començament gairebé totes les famílies el saben situar, però abans ja ens alertava que alguna cosa no anava bé. Podríem

parlar aleshores d'un inici més insidiós. Cal dir-ho això també, perquè no algú pensés que tots necessàriament havien de ser d'aparició brusca.

**Àngels:** Anna, la seva germana viu amb vostè.

**Anna:** Sí, viu amb nosaltres.

**Àngels:** Els altres convidats, que tenim que després anirem coneixent, habitualment viuen amb els pares, els malalts. Vostè ha pensat què faria la seva germana sense vostè?

**Anna:** Bueno, ara, torno a repetir gràcies al centre, vull dir, crec que ella podria fer una vida bastant estable sempre amb la constància del centre i el reconeixement, però vull dir...no sé, prefereixo no pensar-ho, que el dia de demà pugui faltar jo, hi ha l'altre germana meva que, per descomptat, si faltem nosaltres se n'ocuparà ella, i penso que amb el temps pot fer una vida interessant amb el centre, per la fundació que hi ha, pensant en el futur d'ells. Amb un treball dintre del centre, que puguin realment viure per ells mateixos.

**Àngels:** Tenir una vida més autònoma. En parlarem, del que poden fer per rehabilitar-se i de les feines que fan. Jo volia preguntar, doctor Corbella, què passa en el cervell d'un esquizofrènic?

**Dr. Corbella:** Pues passen coses que no sabem ben bé, però sabem que passen coses a dins del cervell que són de naturalesa psicopatològica, neuropatològica. És a dir, hem de sortir al front de creences i de postures que han volgut fer creure que això era una reacció a conductes familiars. S'ha arribat a escriure que hi havia conductes familiars que produïen aquesta malaltia, i això ho hem de deixar rotundament desmarcat, ens n'hem de desmarcar perquè és fals. En aquests moments s'està investigant sobre la serotonina, s'està investigant sobre la dopamina, s'està investigant sobre problemes d'immunologia, problemes *inclús* anatòmics al cervell. És a dir, no caldria ara entrar fil per randa, les endorfines també actuen, la metionina. Hi ha una gran quantitat d'alteracions, que hi han descripcions fetes, que ens porten a pensar que hi ha una alteració biològica en el cervell de l'afectat que no té distinta característica que la que té una nefrosi o que té una hepatitis o que té un altre mal. I això penso que *té que* servir molt per posar l'esquizofrènia al lloc que es mereix. Una malaltia més, una malaltia que afecta el cervell, però una malaltia que afecta la biologia de l'home. Afecta la ment de l'home, però perquè la ment té una arrel biològica en el seu cervell.

**Àngels:** I no es pot parlar, aleshores, de factors que desencadenin la malaltia?

**Dr. Solà:** Sí, si es pot parlar. Jo diria que efectivament, si tornem a l'exemple de l'Alzheimer, doncs resulta que les persones que pateixen d'Alzheimer quan neixen ja estan més o *menos* programades perquè a partir d'un moment determinat aquesta malaltia es posi en marxa. Vull dir, en el cas de l'Alzheimer hi ha una proteïna cerebral que es degenera i això posa en marxa la desintegració de tota una cadena d'altres elements bioquímics i apareix la demència. En el cas de l'esquizofrènia, sembla ser que no és un factor únic el que és capaç de posar en marxa això d'aquí, però sembla ser, i és una hipòtesi que es va defensant avui en dia, és que l'individu més o menys, l'individu predisposat a fer aquest tipus de malaltia està com més o menys programat a que això li passi. Per *lo* tant, no té res *que* veure amb l'ambient familiar, amb com els papàs l'han educat, si el papà és un alcohòlic o un borratxo o lo que sigui, si no s'entenen, si l'altre té un amic o una amiga, si resulta que no l'han portat al col·legi quan eren petits i coses d'aquestes, sinó que aquest individu des d'un punt de vista biològic està programat que a partir d'un moment determinat això es desencadeni. Quins factors desencadenants acostumen a haver-hi? Generalment acostumen a ser factors de sobrecàrrega, factors d'adaptació. Aquella persona que ja biològicament té una minusvalia, quan se li demana més per factors d'adaptació i d'integració a la societat no pot i aleshores es desconnecta, li salten els ploms com si diguéssim. Però hi ha d'haver una base orgànica per a que això d'aquí funcioni. I les últimes hipòtesis que hi ha sembla ser que no és un factor únic, sinó que seria un conjunt de factors que fan que es perdi allò que el ser humà ha aconseguit progressar o dominar al llarg de la seva evolució des del moment que és home, que és la integració del seu entorn, coordinar els seus pensaments, les seves idees, el contacte amb la realitat. Doncs hi ha com una mena de filtres que sembla ser que es trenquen en aquests individus i llavors tota la coordinació d'aquesta realitat ve fragmentada, ve dispersa. És a dir, no és un sol element, sinó que sembla ser, perquè avui en dia sí que hem de dir, i de cara d'aquesta nena en el dia de demà, jo crec que *lo* que hem de defensar aquí és que sembla que la investigació està progressant de forma extraordinària des del moment que ens deixem de tonteries. Des del moment que deixem de pensar que la culpa és dels papàs, que la culpa és de la societat opressora, etc, etc. Sinó que hi ha uns elements bioquímics, orgànics i tal que poden arribar a ser controlats, detectats, i es pot fer un pronòstic d'aquests malalts, com el d'un diabètic o d'una altra persona doncs que, gràcies a la seva medicació fa una vida normal.