

PROJECTE FINAL DEL MÀSTER EN ANTROPOLOGIA I ETNOGRAFIA

ÒSCAR MERCADÉ i GARCIA

**IDENTITAT CULTURAL *VERSUS* IDENTIFICACIÓ POLÍTICA:
SABER PSIQUIÀTRIC I ITINERARIS D'AFLICCIÓ**

**UNIVERSITAT DE BARCELONA
FACULTAT DE GEOGRAFIA I HISTÒRIA**

Òscar Mercadé i Garcia

**Títol: «Identitat cultural *versus* identificació política:
Saber psiquiàtric i itineraris d'aflicció»**

Amb la col·laboració de Meritxell Torres dins el capítol «Itinerari de la Txell»

Tutor: Dr. Ignasi Terradas Saborit

Cotutor: Dr. Àngel Martínez Hernáez

Departament d'Antropologia Social i Cultural i H^a d'Amèrica i Àfrica

Curs 2010-2011

SUMARI

Pròleg.....	5
1. Introducció.....	7
1.1. Els conceptes d'identitat cultural i identificació política.....	7
1.2. Sóc aquí perquè vaig ser allà	13
2. Marc teòric.....	20
2.1. Un contínuum de normalitat	20
2.2. Hegemonia.....	25
2.3. Conscientització	29
3. Metodologia.....	33
3.1. L'itinerari com a estudi de cas	33
3.2. Autoetnografia i relat de vida	36
3.3. Escriure és reviure	38
4. Mon pare em diu foll en comptes de fill.....	42
5. Context de l'itinerari.....	52
5.1. Quan la psiquiatria i la justícia s'abracen.....	54
5.1.1. Mesures de protecció personal i jurídica.....	54
5.1.2. La reivindicació de la igualtat dins la diferència	58
5.1.3. Les paraules i les accions	61
5.1.4. L'abraçada.....	66
5.2. Una xarxa informal paral·lela.....	72
5.2.1. Ràdio Nikosia.....	74
5.2.2. Sarau	79
5.2.3. Imagina	82
5.3. Teatre de l'Oprimat.....	87
6. Itinerari de la Txell	98
6.1. La vivència personal de l'ingrés psiquiàtric.....	99
6.2. «Tu el que has de fer és menjar, que estàs molt prima».....	103
6.3. Nikosia.....	109
6.4. <i>Take the money and run</i>	119

6.5. Un anhel de recerca del dret d'ésser	128
7. Conclusions.....	132
8. Bibliografia.....	140
9. Annexos.....	150
9.1. Carta de la direcció del Centre Ocupacional en resposta a la proposta de col·laboració, de 24 de febrer de 2010	151
9.2. Poema de Txell Torres.....	152

PRÒLEG

A Jota i a Bob, *in memoriam*

A Àngel Martínez Hernáez

El part d'aquest treball ha estat difícil. Pel camí he deixat feina, nòvia i pis. Vull fer constar aquí el meu agraïment a diverses persones que m'han ajudat en aquests nou mesos, de setembre de 2010 a maig de 2011.

A la Núria per tot el seu suport. A Aleix, Roc i Pau per acollir-me a casa seva. A Edurne, per llogar-me l'habitació. A Edgar, per la seva generositat i amistat. Als companys antropòlegs Alberto, Jordi i Alba per donar-me un cop de mà i anar-nos trobant. A Ieva, per la seva escolta activa. A Martín per una primera conversa a *El Glaciar* i pel seu exemple. A la gent de Ràdio Nikosia, per la seva lluita per prendre la paraula. A Antonio Masegosa, de Pallapupas, pel seu tracte personal. Al Dr. Jordi Marfà, director de CSMA II de Badalona, i la Dra. Neus Barrantes-Vidal, de la Universitat Autònoma de Barcelona, per la seva col·laboració i diàleg. A Irene Molina, de l'Associació Equilibri, per la seva dedicació. A Joanjo Esteban, del Museu de Sant Boi, per orientar-me en la prospecció del lloc de camp a la seva ciutat. A Alberto García i Susanna Cebrian, per l'oportunitat que em van oferir. Al grup de teatre Imagina, «i, per què no?». A Gerard Horta, pels ànims i per tractar de vincular el treball social amb l'antropologia. A Manuel Delgado, *l'home que sabia massa*, per ajudar-me a fer una llista de pel·lícules amb temes psiquiàtrics. A Bárbara Santos, del Centre de Teatre de l'Oprimat de Río de Janeiro, i a Mari Luz Esteban, de la Universitat del País Basc-Euskal Herriko Unibertsitatea, per les seves amables respostes via correu electrònic. A Ferran Estrada, per unes inicials i oportunes orientacions. A Marco Aparicio, de la Universitat de Girona, per donar-me un estímul de tipus acadèmic.

A Ignasi Terradas pels seus comentaris. Li dec la teoria tan suggeridora de la qual parteixo. I a Àngel Martínez Hernáez, a qui dedico també aquest treball, pel seu suport incondicional. Si aquest treball té algun mèrit de tipus acadèmic deu ser fruit de les seves aportacions. Les limitacions i insuficiències apreciables són de l'autor.

També agraeixo al personal de la biblioteca de Filosofia, Geografia i Història de la Universitat de Barcelona per ser bons companys de feina. Molt especialment, a María Dolores Montoya. I també a la resta de becaris de la tarda, Isaac, Pep, Cristian, Jordi i a Meritxell Sucarrat. A Faust, les dues Martes, Cristina, Margarita, Albert, Sílvia, Francisco, les tres Roses, Joana, Anu, Maria Antònia, Maria Josep, Conxi, Tina, Isabel, Mari Carme, Abdul i Carlos. I a la cap de la biblioteca, Anna Clavell.

INTRODUCCIÓ

Els conceptes d'identitat cultural i identificació política

Aquestes pàgines volen ser una contribució a l'estudi dels conceptes d'identitat i identificació, tot prenent com a exemple el cas concret d'una persona diagnosticada amb trastorn mental.

Aquest treball vol ser la unió d'un interès teòric amb una experiència viscuda. D'una banda, l'interès pels conceptes d'identitat i identificació, i de l'altra, l'experiència viscuda primer com a familiar d'una persona afectada/diagnosticada amb trastorn mental, després com a educador social en un taller ocupacional adreçat a persones afectades/diagnosticades, i finalment com a etnògraf. Per reflectir aquesta unió entre l'interès teòric i l'experiència viscuda, s'alternaran capítols de caire pràctic amb capítols de caire teòric. El document viu amb la interpretació antropològica.

El meu interès principal de recerca se centra al voltant dels itineraris d'afllicció en el cas de persones diagnosticades amb trastorn mental. Es tracta d'indagar sobre els itineraris personals possibles en cas que la persona sigui diagnosticada amb trastorn mental. Vull abordar des d'una perspectiva sociocultural els conceptes d'identitat cultural i identificació política dins la narrativa d'una persona afectada/diagnosticada. Segons els autors d'una mena d'història genealògica de les relacions entre l'antropologia i la psiquiatria (Martínez Hernáez; Orobítg i Comelles, 2000: 228), la psiquiatria intenta transcendir la cultura per arribar a la patologia. Mentre que l'antropologia observa en la patologia, reconvertida ara en fet social, una forma particular d'entendre la cultura.

Parteixo de la idea que el diagnòstic psiquiàtric és la identificació fonamental a la qual es veuen sotmeses aquestes persones en el procés de salut/malaltia/atenció, un concepte que Eduardo L. Menéndez abreuja sota la fórmula «s/m/a». L'objectiu és determinar la influència de la identificació o diagnòstic psiquiàtric en el desenvolupament de la seva identitat i història de vida. Vull aprendre com veuen i viuen el seu dia a dia per ajudar a validar la seva veu, el seu relat, entès com l'expressió d'una identitat *viscuda*, no d'una identitat *malalta*.

Prenc com a base teòrica l'article d'Ignasi Terradas (2000) sobre la contradicció entre identitat cultural i identificació política. I com a opció metodològica prenc la idea d'itinerari personal adaptat a l'anàlisi dels dos conceptes esmentats.

Algunes de les preguntes que es plantegen són: Què són identitat i identificació aplicades en el camp de la salut mental? Qui és susceptible de ser diagnosticat amb un trastorn mental? Què explica el diagnòstic psiquiàtric sobre la persona diagnosticada? Com influeix sobre la seva identitat?

El primer pas és aclarir què és identitat i què és identificació en el cas analitzat. Per fer-ho partirem del supòsit metodològic adoptat per Eduardo L. Menéndez (2000: 163), segons el qual són en els usos dels conceptes i les definicions on observem l'orientació real donada a les categories. Un mateix factor cultural, diu Menéndez (2000), no té necessàriament la mateixa significació quan és aplicat a processos de s/m/a que quan és aplicat a processos religiosos. Vet aquí la pertinença metodològica d'aclarir els conceptes d'identitat cultural i identificació política quan són aplicats a processos de salut mental. Aquest és el problema fonamental d'estudi que es planteja: la identitat i la identificació en el cas que una persona real sigui diagnosticada amb trastorn mental.

La meua hipòtesi de recerca és que el diagnòstic psiquiàtric és la identificació bàsica a la qual es veuen sotmeses les persones afectades/diagnosticades. La identitat d'aquestes persones és sempre viscuda, plena de potencialitats i limitacions. Però mai no és malalta en el sentit d'irreal, d'irracional, sinó més aviat falsejada, suplantada o fictícia. El procés d'identificació o diagnòstic que es desenvolupa sobre elles és un acte classificatori realitzat fora del desenvolupament de la vida. Com diria Terradas (2000: 31), s'oposa al reconeixement humà de la vida, que es caracteritza principalment per atendre la memòria d'allò viscut, a les seves repercussions afectives, i als sentiments i drets d'arrelament i vinculació que la memòria sol·licita.

Les dades bàsiques de l'estudi s'han obtingut en diferents espais on la identificació anterior dels participants va quedar substituïda per l'afirmació de noves identitats. Són els casos de Ràdio Nikosia, formada el 2003, una de les primeres emissores de ràdio realitzades per persones diagnosticades amb trastorns mentals. El grup de Teatre de l'Oprimat de l'associació Pallapupas-Pallassos d'hospital, sorgit el setembre de 2010, que té com a objectiu estrenar una obra de Teatre de l'Oprimat a partir

de la combinació de les diferents històries d'opressió viscudes pels seus participants. El grup de Teatre Imagina, un grup de teatre estable sorgit l'any 1998 des d'un servei de rehabilitació en salut mental. I l'Associació d'Oci Inclusiu Sarau, que des de 2009 organitza festes especialment adreçades a *persones amb diversitat funcional* -com prefereixen anomenar-les enlloc de *discapacidades*-.

També vaig visitar l'exposició temporal del Museu de Sant Boi, “Silencis forçats: Les persones i els trastorns mentals”, que es va poder veure del 17 de maig al 3 d'octubre de 2010. A més d'assistir a una sèrie de fòrums relacionats amb temàtiques de salut mental, com són conferències, seminaris oberts, xerrades, presentacions de llibres¹, etcètera.

Aquesta informació s'ha recollit a partir de l'experiència compartida que ha suposat el treball de camp antropològic, basat en l'observació participant i les converses informals. Amb tot això s'ha pretès una contribució des del model del mètode etnogràfic a la relació dialògica entre els diferents actors del procés de s/m/a.

Amb aquesta recerca també es pretén una adquisició de coneixements sobre els processos d'identitat i identificació en els anomenats itineraris d'afflicció. Al cap i a la fi, una contribució a l'estudi dels conceptes d'identitat i identificació tot contrastant la teoria existent amb el context específic de la salut i, en concret, de la salut mental. Repensar els conceptes d'identitat i identificació per tal de contribuir a la teoria antropològica.

Podem començar, doncs, amb una advertència. Des d'un punt de vista acadèmic, la identitat és un concepte confús. Molts autors n'han parlat i no per això estem ara en condicions d'afirmar que la identitat té una única definició. Jo prenc aquesta vella (i cansada) paraula en el sentit que li aporta Ignasi Terradas (2000). Per tot allò que em suggereix la noció d'identitat viscuda en oposició a la d'identificació no viscuda. D'altra banda, qualsevol persona està sotmesa a un seguit d'identificacions al llarg de la seva vida. El que passa amb la identificació és que tampoc una majoria no és capaç de definir-la. «Què és l'esquizofrènia?», per exemple. Però a diferència de la identitat, la

¹ És el cas de la presentació del llibre de Joan Masip, *Desde mi realidad* (2010, AM) que tingué lloc a la llibreria Casa del Llibre de Barcelona el dijous 11 de novembre de 2010. El llibre de Joan Masip (2010) ens informa de la trajectòria vital de l'autor lligada a un problema de salut mental, alhora que recull quatre relats breus on el rol de la persona que pateix un trastorn mental es troba representat.

identificació serveix millor de reconeixement, com a etiqueta social. «Ell és esquizofrènic», malgrat que qui ho diu no sàpiga res d'allò que constitueix el trastorn mental diagnosticat com a esquizofrènia.

Analitzaré les relacions entre ambdues categories en un cas concret. No pas com a constatació general, sinó més aviat com un assaig d'itinerari personal adaptat a l'anàlisi dels conceptes. Així, al final, podré parlar de Meritxell Torres, que és com es diu la persona que tan generosament ha acceptat la meua proposta de diàleg, però no d'un pretès col·lectiu de persones diagnosticades amb trastorn mental. Com que el grup de persones subjectes de la recerca no és homogeni, ni tampoc no veu el món de la mateixa manera, intentaré no hipostatitzar el col·lectiu estudiat de persones. Seguint l'etnografia de Lluís Mallart (2007: 38-39) amb els evuzok del Camerun:

Els antropòlegs tenim tendència a hipostatitzar els pobles que estudiem i a parlar d'ells en termes com ara «els nuer fan això...», «els azande diuen allò altre...», «els bororo pensen allò de més enllà...». [...] Potser és impossible fer-ho d'una altra forma. L'escriptura etnogràfica té les seves pròpies limitacions. Malgrat això, és important que l'etnògraf trobi la manera de dir que, darrere els noms d'aquestes ètnies desconegudes, hi ha unes persones reals, amb un nom i una història; és important també que expliqui de quina manera ha anat teixint la xarxa de relacions que li ha permès d'establir la comunicació etnogràfica; i que reti compte, en fi, de les circumstàncies que han condicionat tot el seu treball de recerca.

Podré parlar del cas de Meritxell Torres, de la seva persona i la seva vida real. I fent-ho així, potser també de les seves condicions materials de vida. Pretendre fer una teoria general a partir del seu cas concret no és la tasca d'aquest treball.

Ens diu Roger Bastide (1967: 54):

Perquè l'estudi de casos no concerneix més que als individus i encara quan se'ls multipliqui no donaran mai sèries significatives. S'explica un malalt, però no s'explica la malaltia mental.

Segons Bastide, l'estudi de casos pertany a un nivell micro. Mentre que l'estadística engloba un nivell macro, aquesta sí, en condicions de constituir sèries significatives.

En el nostre context, pretenem observar si la identificació que comporta el diagnòstic té a veure amb la identitat de la persona diagnosticada amb malaltia mental. La seva identitat, en tant que viscuda, es vincula també amb els símptomes de la malaltia, que viu i pateix tot sovint. No per un mateix diagnòstic o identificació. Existeix a dins seu una entitat definida psiquiàtricament? Pot ser que la identitat en tant que viscuda pugui alliberar-la de la identificació? O aquesta identitat només correspon a la suma d'identificacions que assumeix una persona en el procés de la vida?

Els símptomes no seran trets de la personalitat humana, però formen part de la vida de la persona que els pateix. Els viurà una porció més gran o més petita del seu temps. Com deia Natxo (cit. dins Correa-Urquiza, 2009: 180), redactor de Ràdio Nikosia des del primer dia d'emissió:

No comprendo como pueden llamarme loco o esquizofrénico, si yo ejerzo de loco sólo el diez por ciento de mi tiempo.

En tot cas, aquesta experiència subjectiva forma part del terreny de l'experiència viscuda. Només la persona afectada viu els símptomes de la malaltia. Els altres, tots aquells que no experimenten aquests símptomes (com poden ser familiars, professionals de la salut, antropòlegs, etcètera), podran patir-los, reconèixer-los, classificar-los i interpretar-los, però només la persona afectada tindrà l'estrany «privilegi» de *viure*'ls.

Aquí pretenc aprofundir en allò que Olivia Sagan (2009: 170), a partir de la distinció entre cas clínic i identitat viscuda, ha anomenat «el conflicte entre la recerca acadèmica i la vida viscuda, sense elaborar».

Pel que fa a l'estructura del meu treball, he començat amb un pròleg on he fet constar un seguit de fets personals viscuts en primera persona i indestriables del mateix procés de la recerca, els agraïments i la dedicatòria. Tot seguit, la introducció, en la qual

he provat d'explicar les motivacions i els objectius, les preguntes i les inquietuds que justifiquen aquesta recerca. En aquesta introducció avanço les hipòtesis i els objectius que cerco amb el treball. A nivell teòric, bàsicament, es tracta d'aclarir els conceptes d'identitat i identificació en el camp de la salut mental.

Dins el capítol teòric, faig una aproximació a la qüestió d'anàlisi tot prenent els conceptes d'hegemonia (*egemonia*) d'Antonio Gramsci i de conscientització (*conscientização*) de Paulo Freire per tal d'elaborar un discurs propi. Aquest capítol teòric ve encapçalat no per casualitat per una cita de Joan, de Nikosia. Tot el capítol és la recerca del sentit d'aquesta frase. El que pretenc és elaborar un plantejament teòric del treball que expliciti clarament quines són les hipòtesis inicials de treball.

El capítol següent és el de la metodologia. Aquí explico com he fet el que he fet, tot adoptant l'opció de l'itinerari adaptat a l'anàlisi dels conceptes d'identitat i identificació. He justificat metodològicament el perquè de l'elecció del mètode biogràfic i he explicitat els criteris que m'han portat a escollir la persona autobiografiada. Una reflexió a l'entorn de l'autoetnografia com a tècnica d'investigació social tanca aquest capítol metodològic.

En arribar al quart capítol, comença l'informe etnogràfic pròpiament dit, és a dir, tot allò que he observat i allò que crec que significa. M'ha estat impossible explicar-ho sense recórrer a les mateixes persones que m'han ajudat a realitzar el treball. Elles estan gairebé sempre presents al llarg d'aquestes pàgines. Representen el que es coneix com el meu univers d'anàlisi.

Aquesta part etnogràfica s'estructura en tres capítols. Dins el primer, les dades sorgeixen a partir de la meua pròpia experiència familiar i del treball documental. Es tracta d'una aportació autoetnogràfica de l'autor que vol incorporar el punt de vista familiar a la qüestió de la identificació en salut mental.

El cinquè capítol introdueix l'itinerari de Meritxell Torres i el situa dins un context que permet la seva millor comprensió. Tot seguit, es tracta la qüestió de les persones diagnosticades amb malaltia mental com a subjectes de dret, i sobre les relacions que s'han establert i s'estableixen entre la psiquiatria i el dret. Després, dono compte de la meua experiència etnogràfica a Nikosia, Imagina, Sarau i al grup de Teatre de l'Oprimat de Pallapupas, que formen part del que anomeno una xarxa informal

paral·lela a la xarxa formal de serveis en salut mental. Aquests subcapítols ens ajuden a posar en context l'itinerari de Meritxell Torres, que suposa el sisè capítol.

Aquest itinerari d'aflicció representa el cos de la tesina. Ella n'és coautora. Faig notar que no he tractat la Txell com a informant. Si volem reconèixer-li la funció d'informant, haurem de reconèixer igualment que jo li servia del mateix. M'informava a mi, com jo l'informava a ella. Vam explicar-nos les respectives experiències amb diferents institucions: ella com a pacient dins un hospital psiquiàtric, jo com a educador dins un taller ocupacional. Ambdues experiències institucionals han quedat reflectides dins el treball final. A partir de la nostra coneixença en un espai al marge de la institució, com és Nikosia, hem pretès elaborar un estudi antropològic del seu itinerari en base a l'anàlisi dels conceptes d'identitat i identificació.

Dins el setè capítol, s'han assajat unes conclusions que tenen com a objectiu avaluar els resultats obtinguts en tant allò que he avançat dins els capítols introductori, teòric i metodològic. Finalment, dins el capítols vuitè i novè, s'incorporen la bibliografia i els annexos.

Sóc aquí perquè vaig ser allà

Com que la cançó és per a viure.

Com que la cançó és per a viure.

No volem violentar.

OVIDI MONTLLOR, *De manars i garrotades*

Sóc aquí perquè vaig ser allà.² Sóc antropòleg perquè vaig ser educador. I ho continuo sent, em sembla, al llarg d'aquestes pàgines. Si explico tot això és perquè la meua recerca parteix d'aquí. Allò que frustrava els meus esforços i m'enrabiava

² Agraeixo a Jordi A. la invitació a presentar una part dels materials que han servit per a preparar aquesta introducció en el marc del Seminari obert: «Circuits tancats: Reflexions sobre la institucionalització de la vida», que tingué lloc al CSO La Nova Rimaia de Barcelona el divendres 29 d'abril de 2011.

profundament com a educador és precisament el que dóna forma al meu treball de recerca antropològica, és a dir, enfrontar-me al desaprofitament per a la societat d'un potencial humà d'indubtable valor en nom d'una identificació política. Per justificar les inquietuds professionals que van motivar l'impuls d'aquest treball em serviré, al final d'aquesta introducció, de la imatge pasoliniana dels *ragazzi di vita* («nois de la vida»).

Aquesta imatge tan fresca, espontània, poc «llibresca», que en realitat sembla sorgida d'una conversa, en el sentit emprat per Gramsci (1983: 125), es localitza originalment en el context del lumpen, el subproletariat italià. Per què utilitzar una noció tan poc «acadèmica»? En ella trobem el món íntim i subjectiu de la identitat en oposició al món de la identificació política que no pot constituir identitat perquè no és viscuda, perquè tracta de reduir-la, anul·lar-la.

En el nostre context, aquesta imatge s'emparenta amb la dels joves que freqüenten un centre ocupacional, adreçat a persones amb retard i trastorn mental i en el qual jo vaig treballar com a educador durant tres anys. Intentaré resumir el meu pas per aquesta institució partint de tres preguntes: Què vol dir rehabilitació? A qui se suposa que es rehabilita? Quin paper tenia jo com a educador?

Per començar, un taller o centre ocupacional és un lloc que obre les seves portes de les nou del matí a les quatre de la tarda adreçant-se a persones entre divuit i seixanta-cinc anys, diagnosticades, a les quals se'ls ha valorat un 65 % de disminució i que no poden treballar.

Amb un fulletó informatiu de color rosa, la institució es presentava com «un centre ocupacional a càrrec d'un equip interdisciplinari de l'àmbit de l'educació i de la sanitat que dóna atenció especialitzada a joves i adults amb: discapacitat psíquica, psicosi, trastorns de personalitat i problemes d'aprenentatge».³

En teoria, l'objectiu del centre era la suposada «rehabilitació» de les persones que el freqüentaven de dilluns a divendres. Dic en teoria, sota la fórmula dels papers assistencials del PIRR (Projecte Individual de Rehabilitació i Reinserció), perquè a la pràctica es donava allò que Àngel Martínez Hernáez (1998a: 55) molt encertadament ha

³ Per a una definició legal dels centres ocupacionals per a persones amb disminució vegeu Decret 279/1987, de 27 d'agost, pel qual es regulen els centres ocupacionals per a disminuïts. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 14.09.1987, núm. 889, pàg. 3614.

anomenat «la propera i mai aconseguida “reinserció social”» d'aquestes persones. En realitat, del que es tracta és d'un lloc -com el seu nom indica- on s'ocupa la gent. Rehabilitació és un concepte que només serveix, com reconeixen els propis professionals, per aplicar-se sota la fórmula del PIRR.

Actuaven aquí dos nivells diferents: el de la teoria assistencial de la rehabilitació i el de la pràctica assistencial real. Un seguit d'activitats marcades i pautades no remunerades marcaven la rutina diària de les persones «ocupades» al centre. Activitats com podien ser: la lectura de la premsa diària, el taller de manualitats, les sessions de psicomotricitat, arteteràpia, musicoteràpia, jocs i cinema.

El que es pretenia aconseguir era l'homogeneïtzació de les tasques per a totes les persones assistents al centre. Amb la imposició d'una pauta i un ritme per a tothom. També el de la seva uniformització. Així, era obligatori l'ús de la bata, la qual funciona com a signe que comunica la identitat social d'una persona dins del centre. Al marge de l'ús pràctic que té per no tacar-se, durant el menjador o el taller de manualitats, la bata tenia alhora un ús simbòlic. Com diu Erving Goffman (2008: 63):

Alguns signes portadors d'informació social poden ser accessibles de forma freqüent i regular, i cercats i rebuts rutinàriament; aquests signes poden ser anomenats «símbols». La informació social transmesa per qualsevol símbol particular pot confirmar-nos simplement allò que uns altres signes ens diuen de l'individu, fent completa la imatge que en tenim de manera redundant i segura.

Però, a qui se suposa que es rehabilita? Eren totes persones majors d'edat amb històries viscudes ben diferents, però que compartien l'espai diari del centre -que no era centre de treball-. Les persones en general tenen potencials enormes que segons el context en què es troben es veuen desaprofitats. No crec que pugui parlar-se d'educació si el context en què es dona la suposada pràctica educativa és un context opressor. Amb l'acció conjunta de l'equip professional se'ls prohibia ser, a aquestes persones, se'ls pretenia adaptar tan sols a la realitat del servei assistencial.

L'obsessió de la direcció, alhora que psicòloga del centre, era *preveure* qualsevol risc d'incidència. Del llatí *praevidere*, «veure amb antelació»; *preveure* significa veure,

concebre, per endavant allò que pot ocórrer o que ha d'ocórrer. Podem aplicar el terme «prevenció» a l'endevinació d'alguna cosa que encara ha de venir. La condició de «vident» del psiquiatre o del psicòleg fa que pugui veure un potencial amagat dins dels cossos dels afectats amb trastorn mental. La major part del temps i esforços de l'equip professional del centre ocupacional anaven encaminats a dissenyar les condicions per evitar el conflicte. Oblidant -això és una interpretació meua- que al cor del conflicte rau precisament la «vida». Aquesta «vida» entesa com alguna cosa més que fer cas fil per randa del que et diuen que has de fer i com t'has de comportar.

Entre les mesures de control, la submissió a un règim disciplinari de cos i de discurs: a la medicalització diària s'afegia l'assignació dels llocs on havien de seure en totes i cadascuna de les activitats («seu al teu lloc, tu aquí, tu allà», imposava l'educador), la indicació de què era apropiat dir i fer a cada moment. (Sobretot, que no es toquessin, que no s'intercanviessin res a no ser que els seus familiars o tutors legals hi estiguessin d'acord). No permetre vinculacions massa intenses ni entre companys, ni entre persones professionals i usuàries.

La premissa bàsica era: qualsevol interacció dins del centre ha de ser mediatitzada per una tercera persona. Entre les persones usuàries, la presència gairebé sempre d'un professional. Entre la persona usuària i la professional, una altra professional. Entre dues professionals, una tercera professional. Això, a la pràctica, duia cap a una vigilància extrema, panòptica, perfeccionant una mirada estràbica de l'educador, que tot ho veu, que assimilava la seva feina a la d'un carceller.

Si vaig emprendre la recerca antropologia relacionada amb els conceptes d'identitat i identificació en salut mental va ser per la impossibilitat de realitzar el treball social que jo voldria, que per a mi només pren sentit si es vincula amb el canvi, no amb la perpetuació d'unes estructures que considero opressores.

Em referiré ara a una de les persones que vaig conèixer en aquest lloc:

L'última vegada que vaig veure Nadia, així l'anomenaré, va ser una tarda de novembre de 2010, jo de camí cap a Ràdio Nikosia, ella passejant amb el seu pare enmig de La Rambla de Barcelona. No sabien que un mes enrere jo havia deixat la feina al centre ocupacional –perquè no hi havien tornat-. Ella va comentar un canvi de psicòleg.

Nadia era una jove, vora la trentena, d'un metre seixanta d'alçada i amb ulleres. A Nadia se li amagava deliberadament i sistemàtica la veritat del seu projecte (inacabable) en aquella mena d'escola/taller on assistia en jornada reduïda. En rigor, la majoria dels qui hi assistien no eren conscients del motiu pel qual ho feien, entraven en la majoria dels casos empesos per un motiu personal que els lligava a romandre-hi. Al principi, era corrent que ingènuament preguntessin a l'educador de torn quant de temps hi estarien; estudiant, treballant, curant-se o fent el que els havien dit que farien. Nadia volia treballar, però no ho havien trobat convenient. Així, convençuda que enguany era el seu últim curs i que al proper ja ocuparia un lloc de treball remunerat assistia a la seva ficció diària de superar mòdul rere mòdul curricular (aquesta era la forma convinguda per explicar-li el que feia al centre). Atemorits pel que podria passar si s'assabentés de l'engany, la deixaven que pensés el que volgués. Sobretot, no contrariar-la. No fos cas que el xoc amb la realitat li provoqués una crisi de conseqüències imprevisibles. Recordo perfectament quan la psicòloga, especialitzada en prevenció de riscos laborals, advertia que si això passava Nadia hauria de trobar-se -el seu cos, s'entén- lluny del lloc.

Un matí, a la sala on llegien i escollien una notícia del diari, Nadia va començar a plorar. Els seus companys de sala se la miraven, asseguts als seus llocs. Ella no feia cas, continuava el plor, amb llargs gemecs, que al cap d'una estona van ser acompanyats per autolesions. Es picava el braç contra una cama. A mi, com a educador, em deia que no volia saber res de rebre la psicòloga-directora del centre. S'entestava a continuar amb l'activitat programada. En arribar la psicòloga amb la seva doble funció de directora, Nadia va negar-se a acompanyar-la a fora i tampoc no va voler prendre la medicació que va oferir-li llavors. Tot això va durar uns vint minuts, aproximadament. Segons la versió de l'equip educatiu, del qual jo formava part, ella havia «segrestat» la sala amb els seus companys a dins. Es va avisar al seu pare i es va trucar al dispositiu del zero seixanta-u⁴; jo vaig rebre una discreta nota escrita a mà comunicant-m'ho. Al cap d'uns minuts, Nadia estava decidida a llegir en veu alta la notícia escollida, de forma habitual, quan les autolesions havien cessat i el plor, amb els gemecs, havien estat interromputs per fi. Abans de realitzar la lectura, va arribar el dispositiu avisat. Van demanar als companys de Nadia que sortissin de sala. Només vam quedar ella i jo, però de seguida se'ns van afegir dos professionals del zero seixanta-u i jo vaig sortir. Van endur-se-la fent servir més l'art de la persuasió que la força. Ningú no es va preguntar en cap moment per què plorava.

⁴ El 061 és la plataforma d'accés telefònic dels ciutadans als serveis d'urgències i emergències sanitàries a Catalunya. Aquest dispositiu respon a un protocol d'actuació en casos d'urgències psiquiàtriques, és a dir, urgències, trasllats i ingressos involuntaris urgents dels anomenats «pacients no col·laboradors que es neguen a ser visitats o traslladats». El dispositiu del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), a través del 061, és compost per personal sanitari i de seguretat.

A causa d'esdeveniments d'aquesta mena, la direcció del centre va decidir modificar el perfil d'usuari nou al qual adreçar-se d'aleshores ençà. Va passar de rebre persones diagnosticades amb retard i trastorn mental a rebre solament persones considerades amb discapacitat intel·lectual. Pel que fa a Nadia, va continuar freqüentant el centre un temps més, però cada cop amb menys intensitat. Fins a deixar de fer-ho. Quan ens vam retrobar aquell dia a La Rambla de Barcelona, jo de camí a Nikosia, ella passejant amb el seu pare, mantenia la idea de tenir un lloc de treball.

En resum, allò que es pretén crear en un centre ocupacional d'aquestes característiques -sota el meu parer professional- és un «artifici de vida». Evitant caure en la confusió entre com són les coses i com voldria l'investigador que fossin, la forta institucionalització de la vida al centre en qüestió acotava a la mínima expressió el terreny dedicat als records i a les esperances, als sentiments lligats a les experiències viscudes i a la creació. En el meu treball de recerca prenc el concepte d'identitat, precisament, com a experiència viscuda. I com a lema el següent: Contra la identificació del diagnòstic, identitat.

La tesi que vull defensar tindria a veure amb una cita de Claude Lévi-Strauss (1992: 209):

Únicament el malalt pot ser curat; l'inadaptat o l'inestable tan sols pot ser persuadit.

Vaig arribar a la conclusió que allò que movia a la direcció del centre a actuar de la manera que ho feia -a part de voler guanyar-se la vida com tothom- era el seu convenciment que algunes persones són incapaces de viure una existència completa, creant un dubte sobre la seva validesa com a persones lliures⁵. No queda gaire lluny la negativa d'Aristòtil (cit. dins Arendt, 1998: 100), al segle IV aC, a utilitzar la paraula *homes* per designar als membres de l'espècie mentre fossin totalment subjectes a la necessitat. Segons Aristòtil (cit. dins Arendt, 1998: 144), les dues qualitats que li falten

⁵ Lliures de decidir amb qui parlar, sense anar més lluny. Als Annexos d'aquest treball incorpore el text de la carta, de 24 de febrer de 2010, on la direcció del centre presenta les seves raons per denegar la proposta de col·laboració amb la present recerca. He omès deliberadament qualsevol dada que pogués identificar tant la persona signant com la institució a la qual representa.

a l'esclau -i que per aquest motiu no és humà- són la facultat de deliberar i decidir (*to bouleutikon*), i la de preveure i escollir (*proairesis*).

Així que la perspectiva antropològica que adopto per al meu treball guarda certa semblança amb allò que Franco Basaglia (cit. dins Scheper-Hughes, 1997: 35 i 517) diu que és convertir-se en un «treballador negatiu»⁶. És a dir, tècnics de coneixements pràctics (metges, professors, advocats, treballadors socials, gerents o supervisors) que s'alien amb els qui no tenen poder per tal de maquinari *en contra* dels interessos de les institucions burgeses. Resta implícit l'imperatiu que la recerca sigui conscientitzadora.

Per acabar aquesta introducció, es fa necessari explicar que la decisió de com identificar a les persones que apareixen en aquest treball ha estat consultada i consensuada amb cadascuna d'elles. Cada persona consultada ha triat la forma d'anomenar-la que li ha semblat millor. L'excepció és Nadia -espero que em perdoni-, i la resta de *ragazzi di vita*, que he presentat de forma anònima sense el seu coneixement ni consentiment. M'he vist empès a fer-ho d'aquesta manera, degut a la impossibilitat de contactar-hi i donat que sense la seva presència anònima (i a vegades fantasmal) no s'entendria el motiu fonamental de la meua reflexió, que no és altre que el d'oferir vies per a un procés de conscientització, un procés de reflexió crítica que no s'entén sense l'acció.

⁶ Ignasi Terradas (comunicació personal) suggereix una noció més reformadora, innovadora en veritat, per definir aquesta mena de treballadors.

MARC TEÒRIC

El diagnóstico es un acta de defunción en vida.

JOAN, de Nikosia⁷

Un contínuum de normalitat

Aquesta recerca s'inscriu en el contínuum de normalitat on l'antipsiquiatria ha situat la malaltia mental. I, més concretament, dins l'escola de l'antropologia mèdica o de la salut que Thomas J. Csordas (1988: 416) anomena «antropologia mèdica crítica». Aquesta escola es defineix en tant que pren posicions, reconeix uns deutes intel·lectuals i desenvolupa una agenda. Comparteixo aquí la triple oposició a la qual fa referència Csordas (1988: 416-417): oposició a la medicalització de la vida quotidiana dins la societat contemporània, a la biomedicina com a forma de poder, dominació i control social, i al dualisme ment-cos.

Com es pregunta Josep M. Comelles (2002: 100):

És possible una antropologia de la medicina i, per tant, un camp en intersecció entre la medicina i l'antropologia sense compromís?

El meu és un intent crític de mesclar la comprensió antropològica amb un context de tipus biogràfic, cultural i històricocultural. Parteixo del supòsit que tothom *viu* una identitat cultural, en tant que s'adscriu, es lliga o s'arrela a un territori, uns sentiments o una forma de *ser*. Al mateix temps que *rep* una identificació, en tant que se li atribueixen determinades etiquetes o classificacions. I *rep* un tractament mèdic, derivat de l'anterior identificació o diagnòstic, que marca la seva vida quotidiana.

⁷ Citat dins Comunicació presentada a la Jornada «Patologització i terapeutització de la vida quotidiana», celebrada el 19 de maig de 2010 a la Facultat de Pedagogia de la Universitat de Barcelona.

No ignoro aquí la perspectiva d'Erving Goffman sobre la presentació de la persona davant els altres (Goffman, 1994) i la distinció entre identitat social virtual i identitat social real, la idea d'estigma com a identitat deteriorada i el procés d'identificació personal (Goffman, 2008). Però en el nostre context adopto una altra perspectiva teòrica.

En l'estudi de l'itinerari de Meritxell Torres ens interessa introduir la qüestió de la contradicció entre identitat cultural i identificació política. Ella és normal o anormal, sana o malalta, afectada o tan sols identificada amb una malaltia mental?

Un tema recurrent en antropologia és la denominació de les societats dites primitives (també anomenades no desenvolupades o no industrialitzades). En el context que ens ocupa, la denominació es formula tradicionalment entre gent normal i gent anormal. De forma semblant a la denominació de les societats primitives, aquesta distinció entre normal i anormal s'arrossega com una llosa en els estudis dedicats a la salut mental. I és la bogeria la que ha marcat tradicionalment la frontera entre el normal i l'anormal.

Ruth Benedict plantejava la relativitat cultural del normal i el patològic, de manera que allò normal és conforme a la norma i allò patològic és una «desviació» de la norma.⁸ Good (2003: 70-78) cita l'assaig de Ruth Benedict «Anthropology and the Abnormal», publicat l'any 1934, com un text que va influir posteriorment als estudis d'antropologia psicològica i psiquiatria intercultural. Dins la tradició antropològica boasiana, Ruth Benedict responia a la psicologia positivista de l'època amb l'argument que les psicopatologies o les malalties psiquiàtriques es constitueixen en formes culturals que només poden ser interpretades en relació amb el patró cultural més ampli d'una societat concreta.

En el nostre context, ens interessa rescatar la hipòtesi de Benedict (cit. dins Good, 2003: 76) que diu que cada cultura etiqueta certes formes de comportament de desviacions i les tracta com a malalties, i que aquesta catalogació té importants conseqüències per qui són identificats sota aquestes etiquetes. Estem equiparant aquí el diagnòstic psiquiàtric amb una identificació política. Convé recordar l'etimologia del terme «diagnòstic». Com escrivia Georges Devereux (1973: 313), el terme diagnòstic

⁸ Vegeu sobre aquesta qüestió Roger Bastide (1967: 89-102).

posseeix el sentit d'«etiquetar» o «identificar» i, més específicament, el de «classificar», «discernir», «diferenciar». La identificació política és igual a un estigma classificatori.

L'estudi de Devereux, dins el capítol dedicat a una teoria general del diagnòstic, text publicat per primer cop l'any 1963, es divideix en dues parts: dins la primera, Devereux (298) reconstitueix el procés cultural per mitjà del qual un individu adquireix l'estatus de persona anormal i el procés psiquiàtric que li atribueix una etiqueta diagnòstica. Per a l'etnòleg, diu Devereux (299) -recordem: psicoanalista i etnòleg de professió-, el procés pel qual un individu arriba a ser designat com a «neuròtic» o «psicòtic» és bastant similar al procés pel qual se li atribueix qualsevol altre estatus, mentre que per al psiquiatre, tant primitiu com modern, aquest procés representa una gestió de diagnòstic.

La perspectiva sociocultural de la meua recerca parteix de la base durkheimiana a partir de la qual, en paraules d'Eduardo L. Menéndez, el subjecte i el seu sofriment han de ser referits a la xarxa de relacions dintre les quals s'emmalalteix i soluciona -o no soluciona- el seu sofriment. En la línia de l'enfocament durkheimià, ens diu Àngel Martínez Hernáez (2008: 132), la malaltia és una desviació del món normatiu de la societat, tot i que es tracta d'una desviació no massa problemàtica en termes del sistema, ja que està socialment sancionada i institucionalitzada en figures com la del pacient.

En aquest sentit, Martínez Hernáez (2008: 140) desenvolupa un discurs de la desviació amb la idea que l'anormal també es troba normativitzat dins una societat i que suposa un conjunt d'expectatives d'acció social i comportaments tant entre els afectats com entre els grups socials. Els individus afectats per una malaltia o per un trastorn psíquic absorbeixen i porten a la pràctica aquestes expectatives, de tal manera que es produeix allò que Merton, entre d'altres, va anomenar profecia de l'autocompliment; una idea que ha influït de forma substancial a la sociologia de la desviació i a l'anomenada teoria del *labeling* o etiquetatge i que pren com a base el conegut teorema de Thomas en sociologia: «Si els individus defineixen una situació com a real, aquesta situació és real en les seves conseqüències».

D'aquesta manera, s'identifica salut amb normalitat tot tractant la malaltia com a desviació. Com diu Canguilhem (1976; cit. dins Correa-Urquiza, 2009: 164), tota noció de norma és sempre una noció normativa i per tant moral. La persona apareix

identificada com a «malalta», és a dir, un estatus que l'exclou. Des del mateix moment en què es diagnostica (identifica) la malaltia, s'exclou al malalt.

Mentre que la psiquiatria clàssica o la psicoanàlisi, ens diu Bastide (1967: 302-303), parteixen d'allò patològic per anar cap a allò normal, des de l'estructuralisme allò patològic és integrat, al mateix temps que allò normal, dins un sistema global. La llei d'aquest sistema importa més que la comparació entre l'anormalitat i la salut mental. Així doncs, allò que l'estructuralisme ens proposa, diu Bastide, és un estudi centrat sobre el paper, la localització i les relacions subsegüents del patològic i el normal en conjunts organitzats -que són conjunts formals, sens dubte, però al cap i a la fi de l'ordre d'allò formal sociològic-.

Al paràgraf següent de Lévi-Strauss (2005: 179), dins *Tristos tròpics*, s'obre una via a través de la qual encabir allò considerat patològic o anormal dintre un sistema cultural, com una representació més dins l'ampli ventall de possibilitats humanes:

El conjunt de costums d'un poble està sempre marcat per un estil; forma sistemes. Estic ben convençut que aquests sistemes no existeixen en nombre il·limitat, i que tant les societats humanes com els individus -en llurs jocs, llurs somnis o llurs deliris- no creen mai de manera absoluta, sinó que es limiten a escollir certes combinacions dintre un repertori ideal que seria possible de reconstituir. Fent l'inventari de tots els costums observats, de tots els imaginats en els mites, també dels evocats en els jocs dels infants i dels adults, els somnis dels individus sans o malalts i els comportaments psicopatològics, hom arribaria a establir una mena de quadre periòdic com el dels elements químics, en el qual tots els costums reals o simplement possibles apareixerien agrupats en famílies, i en el qual no hauríem de fer sinó reconèixer els que les societats han efectivament adoptat.

Des d'aquest enfocament estructuralista, poc importa si els trastorns mentals tenen o no tenen un origen fisiològic, ja que formen part de la *cultura*. En antropologia, constatem que no hi ha necessitat de discriminar entre el normal i el patològic, perquè el segon constitueix variants culturals que expressen unes altres normes de vida.⁹ Aquestes

⁹ Com ha destacat Susan Sontag (1996; cit. dins Taussig, 1995: 115), podem dir que els símptomes i els signes de la malaltia són fets socials, tant com físics i biològics.

normes de vida formen part de la identitat cultural o viscuda de la persona, la identitat de la qual no té res d'irreal o irracional. En aquesta identitat es reconeix, adquireix sentit i valor, la cultura.

El text de Young (1982), «The Anthropologies of Illness and Sickness», en el qual elabora un estat de la qüestió sobre l'antropologia mèdica, fa referència amb el seu títol a les antropologies que tracten les dimensions culturals (*illness*) i socials (*sickness*) de la malaltia. En el nostre context, traduirem els mots anglesos *illness*, per «aflicció» o «sofriment», i *sickness* per «malestar».

Allan Young proposa una anàlisi crítica dels conceptes i les estratègies utilitzades fins llavors. Diu Young (1982: 268):

Other anthropologists have developed a position which gives primacy to the social relations which produce the forms and distribution of sickness in society.¹⁰

Segons Martínez Hernáez (2008), aquest autor critica l'individualisme, medicalisme i pragmatisme als quals, a parer de Young, condueix l'ús indiscriminat de la idea de models explicatius¹¹ (*explanatory models of illness*) d'Arthur Kleinman.

Diu Young (1982: 264) que Kleinman refusa el reduccionisme del model biomèdic i el reemplaça per l'esquema següent: la coneguda trilogia de conceptes en relació a la malaltia, en la qual *disease* forma part del camp de la naturalesa (les seves dimensions biològiques i psicològiques), *illness* de la cultura (és a dir, les seves dimensions culturals) i *sickness* de la societat (o les seves dimensions socials).

Afegeix Young (1982: 265) que l'interès de Kleinman per les creences i pràctiques mèdiques és essencialment clínic. El que li interessa a Young (1982: 277), en canvi, és l'estudi de les condicions socials de producció del coneixement biomèdic (*the*

¹⁰ «Uns altres antropòlegs han desenvolupat una posició que dona prioritat a les relacions socials que produeixen les formes i distribució de la *sickness* dins la societat». [La traducció al català de l'original en anglès és meua, com és el cas també per les altres cites de fonts escrites en anglès].

¹¹ Per models explicatius d'aflicció, Kleinman (cit. dins Young, 1982: 266) es refereix a les idees i creences relacionades amb la malaltia i el tractament utilitzades pels implicats en el procés clínic. El model explicatiu de malaltia de Kleinman recull les creences que contenen alguna o totes de les cinc àrees següents: etiologia, simptomatologia, fisiopatologia, evolució o curs de la malaltia i tractament.

social conditions of knowledge production). Les dimensions biològiques i psicològiques, culturals i socials de la malaltia haurien de contribuir, en fi, a una producció dialèctica de coneixements.

Hem repassat el punt de vista estructuralista en quant al paper, localització i relacions subsegüents del patològic i el normal. Hem vist com des de l'estructuralisme allò patològic és integrat, al mateix temps que allò normal, dins un sistema global tot constituint variants culturals conforme a la normalitat.

Àngel Martínez Hernáez (2008: 130) ens recorda ara com, des del funcionalisme i l'estructural-funcionalisme, la societat és percebuda com un sistema que tendeix a l'estabilitat i també al consens. Però dintre d'una anàlisi comparativa entre les aportacions del funcionalisme i el marxisme a l'antropologia mèdica, pot afirmar Martínez Hernáez (2008: 131), que el consens social durkheimià -que estableix la malaltia com a desviació del món normatiu de la societat- és l'anomalia continuada i cronificada d'unes relacions socials d'explotació que, en última instància, només es poden resoldre per mitjà de la lluita de classes.

Al capdavant, tota norma de vida va lligada a una cultura. A partir de Gramsci (cit. dins Crehan, 2004: 16), la noció de cultura ve sempre inextricablement unida a la noció de classe. La cultura per a Gramsci és, almenys en part, la manera en què *es viuen* les realitats de classe.

Hegemonia

Antonio Gramsci utilitza el concepte d'hegemonia (*egemonia*) per analitzar les relacions de poder i les formes concretes que té la gent de viure-les. (Crehan, 2004: 120)

Com interpreta Kate Crehan (2004: 122) l'obra de Gramsci, la subordinació dels dominats -o per utilitzar la terminologia introduïda per Gramsci, els subalterns- és el que determina la seva forma de veure el món. La forma que tenen els subalterns de veure el món és en part un producte de la seva posició subordinada i dominada. La seva visió del món es forja necessàriament en el context d'unes vides viscudes en condicions de subordinació i d'unes concepcions hegemòniques que reflecteixen la visió del món des de la perspectiva dels grups dominants de la societat.

Aquí, un model mèdic al qual se li reconeix hegemonia. El model mèdic hegemònic (MMH¹²) suposa la relació de dominació/subalternitat que exerceix la biomedicina amb altres sistemes mèdics. Allà, uns pacients en salut mental equiparats a les classes subalternes. A partir de les seves experiències viscudes de subordinació, amb el temps, podran emergir les anomenades concepcions contrahegemòniques de la realitat.

Una de les formes més útils d'aprofundir en el difícil concepte gramscian d'hegemonia, continua dient Crehan (2004: 122), consisteix en veure'l com una forma de pensar la complexa interconnexió entre consens i coerció, i no com una descripció d'una forma concreta de poder. Per a Gramsci, les relacions de poder ocupen un continuïum que presenta a un extrem la coerció directa per mitjà la força bruta, i a l'altre, el consentiment voluntari. La societat civil és el regne de l'hegemonia; la societat política, el de la coerció (Gramsci, 1968: 13).

I és que segons Kate Crehan (2004: 125), per a Gramsci, hegemonia és un terme summament fluid i flexible, que no té una única definició. I suggereix la seva interpret que la raó cal trobar-la en el fet que no es tracta d'un concepte teòric perfectament acotat, sinó que respecte l'hegemonia, Gramsci no fa més que anomenar el problema -el problema de com es produeixen i es reproduïxen les relacions de poder que apunten diverses formes de desigualtat- que vol analitzar.

Ronald Frankenberg (1988; cit. dins Pizza, 2005: 17) va provar l'eficàcia que pot tenir la lectura directa de Gramsci per a una renovació crítica de l'antropologia, fonamentada en una relació més estreta entre teoria antropològica, praxi etnogràfica i compromís polític. Diu Frankenberg (1988: 325) en relació a Gramsci:

His attempts in the prison notebooks to understand the rôle of intellectuals and of culture in the dynamic of the political economy of the «late bourgeois world» (Fischer, 1963) could be and ought to be used to give his ideas a crucial importance for a critical medical anthropology. His development of the concept of «hegemony» may prove particularly important

¹² Segons explica Eduardo L. Menéndez (2005: 47), «las principales características del MMH biomédico son: biologismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica».

to medical anthropologists, as I believe the articles in this volume show [Frankenberg es refereix al volum de *Medical Anthropology Quarterly* dedicat a Gramsci, el marxisme i la fenomenologia], since the shared «hegemonic» values of patients and doctors in Western society are at the core not only of the transfer of medical technology but also of the transfer of ideology in general (Comaroff, 1988).¹³

Aquests valors «hegemònics» compartits entre pacients i metges són absorbits acríticament i mecànicament dels entorns sanitaris en els quals les persones han nascut i crescut. Ens diu Giovanni Pizza (2005: 21), interpretant Gramsci, que la relació hegemònica és sempre dialèctica, ja que es mostra activa també des del costat de la capacitat crítica i antagonista dels subjectes sobre els quals l'Estat actua.

I afegeix Pizza (2005: 21):

És fonamental per a la comprensió de les relacions hegemòniques l'anàlisi concreta i «situada» de les relacions de força, que actuen, no sobre el subjecte ja constituït, sinó sobre la construcció de la subjectivitat.

Així, segons Gramsci (cit. dins Pizza, 2005: 22), la qüestió del sofriment psicològic és el resultat d'un procés d'incorporació dels conflictes actuant dins les relacions de força que regulen l'experiència social. L'anomenada malaltia mental és considerada, doncs, com un procés d'incorporació de les contradiccions històriques determinades per les relacions de força¹⁴.

Segons la ressenya que fa Jorge Uzeta (2006: 229) del llibre de Kate Crehan (2004), on l'autora discuteix l'aportació antropològica en l'obra de Gramsci, s'hauria de

¹³ «Els seus intents dins els Quaderns de la Presó per entendre el paper dels intel·lectuals i de la cultura dins la dinàmica de l'economia política de «finals del món burgès» podrien ser i haurien de ser utilitzats per donar a les seves idees una importància cabdal per a una antropologia mèdica crítica. El seu desenvolupament del concepte d'«hegemonia» pot resultar particularment important als antropòlegs mèdics, com crec que mostren els articles d'aquest volum, des dels valors «hegemònics» compartits dels pacients i metges dins la societat occidental que són al centre no tan sols de la transferència de la tecnologia mèdica, sinó també de la transferència de la ideologia en general».

¹⁴ Vegeu com Ernesto De Martino (1999) identifica el concepte d'hegemonia amb la psiquiatria i també la influència de Gramsci en l'autor. Segons Martínez Hernández; Orobitg i Comelles (2000: 179), el llibre de De Martino, *La terra del rimorso* (ed. or. 1961) és un punt de referència fonamental pel que fa a l'antropologia de la medicina així com per la pròpia psiquiatria.

situar Gramsci com un activista que dins el context de les relacions entre opressors i oprimits plantejava la necessitat de conèixer «les realitats culturals» sobre les quals s'exerciria l'activitat revolucionària, això és, la dels oprimits.

La gran aportació de Gramsci (1968: 21), segons el pròleg de Jordi Solé-Tura a l'edició catalana d'*El príncep modern*, és la seva concepció creadora i activa:

L'home no és una criatura inerta, passiva davant la força misteriosa d'una estructura que ha heretat i que redueix la seva vida personal a un mer epifenomen. L'home és un ésser creador que troba en la realitat històrica que l'envolta els límits de la necessitat i n'extreu l'estímul i els mitjans per a elevar-se al regne de la llibertat.

Segons Giovanni Pizza (2005: 15), la crítica gramsciana aplicada al camp de l'antropologia mèdica emfasitza els aspectes polítics dels processos d'incorporació (*embodiment*), amb l'objectiu de posar en qüestió la dicotomia salut-malaltia per concebre-la més aviat com a procés sociopolític. Per hegemònic que sembli un determinat règim de poder, l'hegemonia mai no és total; sempre és una lluita en continu procés. «Una hegemonia donada és sempre un procés», diu Raymond Williams (1997: 134), segurament la font més influent sobre Gramsci per als antropòlegs.

Segons Àngel Martínez Hernáez (2008: 172), el neomarxisme de Gramsci permet travessar les barreres de la segmentació entre cultura i societat, establint entre elles un sistema de transaccions que permet entendre els vincles entre el significat, la narrativa i l'experiència de la malaltia, d'una banda, i la base social, material, ideològica i desigual de la malaltia, de l'altra.

L'estudi de la identitat i la identificació en salut mental pot constituir un exemple de com es plasma l'hegemonia en un cas concret. Com es viu el poder en determinats espais i temps? L'anàlisi d'un itinerari concret s'enfoca en els processos que han portat a la imposició de determinades estructures diagnòstiques i a la convivència forçada de la persona diagnosticada amb el món de la salut mental, des de la seva entrada amb l'internament psiquiàtric, on és clarament subalterna i forçant-la a lluitar per la seva identitat viscuda en els termes imposats pel MMH. Aquest poder dominant és una barreja de coerció i persuasió.

Gramsci, segons diu Pizza (2005: 20), està interessat en elaborar una teoria vivent, que reflecteixi en la seva constitució l'experiència concreta de la vida real i des de la qual broti una activitat pràctica, una iniciativa de voluntat, un diàleg de transformació. El diàleg amb Meritxell Torres dins el capítol sisè és un intent de lligar una «teoria vivent», la de la contradicció entre identitat cultural i identificació política, amb l'«experiència concreta de la vida real» narrada per la pròpia Meritxell Torres. Aquest diàleg obert hem volgut que formés part d'un procés de conscientització (*conscientização*) tot emparentant Gramsci amb un altre autor com Freire.

Conscientització¹⁵

Les contrahegemonies, capaces de desafiar efectivament l'hegemonia dominant, neixen de la realitat i de les vivències quotidianes del poble oprimat. (Crehan, 2004: 20)

Justament, el que entenem com a experiència viscuda representa, segons Paulo Freire, la veritat pràctica i immediatament percebuda per a l'acció basada en la reflexió crítica. Es pot emparentar l'aspiració genuïna de la concepció subalterna a convertir-se en contrahegemònica amb el concepte de conscientització de Freire.

De fet, el mètode pedagògic de conscientització ha obert camí a nombroses i diversificades línies de recerca. Entre elles, cita Freire (1974: 11):

Les noves formes de lectura de les realitats quotidianes; els mètodes d'anàlisi de relacions de dependència i situacions conflictives (dominador-dominat, per exemple); el pas d'una visió sectorial a una visió global; l'estudi de les relacions entre una teologia alliberadora i una pedagogia alliberadora i l'elaboració d'una metodologia del canvi.

La pedagogia de l'oprimat de Paulo Freire (2008: 24) es justifica per la següent anàlisi de la situació:

¹⁵ El concepte de *conscientização* va ser creat per un equip de professors de l'Institut Superior d'Estudis del Brasil pels volts de 1964; entre ells el filòsof Alvaro Pinto i el professor Guerreiro. (Freire, 1974: 29)

En un règim de dominació de consciències, en el qual els qui més treballen menys poden dir la seva paraula, i en el qual immenses multituds ni tan sols tenen condicions per a treballar, els dominadors mantenen el monopoli de la paraula, amb la qual mistifiquen, massifiquen i dominen. En aquesta situació, els dominats, per dir la seva paraula, han de lluitar per prendre-la. Aprendre a prendre-la dels qui la retenen i neguen als altres és un difícil però imprescindible aprenentatge: és «la pedagogia de l'oprimit».

Els experts mèdics aclaparen generalment la paraula. Des del punt de vista *emic* de pacients en salut mental consultats, es queixen que no els escolten, ni els deixen parlar en el temps que dura la consulta.

Com diu també Freire (2008: 40-41):

Un dels elements bàsics en la mediació opressors-oprimits és la prescripció. Tota prescripció és la imposició de l'opció d'una consciència a una altra. Vet aquí el sentit alienant de les prescripcions que transformen a la consciència receptora en allò que hem anomenat com a consciència «que alberga» la consciència opressora. Per això, el comportament dels oprimits és un comportament prescrit. Es conforma en base a pautes alienes a ells, les pautes dels opressors.

La prescripció es torna la relació dominant entre metges i pacients. Els oprimits «viuen» dins dels opressors. Allò que Max Weber lamentava com el desencant i la desmoralització del món davant la curta racionalitat burocràtica que imposava la gàbia d'acer és la normalitat humana a principis del segle XXI. Com escriuen Kleinman i Kleinman (2000: 15), «enlloc aquesta afirmació resulta més clara que dins l'àmbit mèdic». És precisament en aquest àmbit on estem aplicant el concepte d'identificació política a través del diagnòstic psiquiàtric.

Jürgen Habermas (cit. dins Good, 2003: 164-165) anomena «colonització del món vital» a la modelació del món de l'experiència de les nostres vides morals a través d'una racionalitat instrumental, procediments summament rutinaris i un tractament alhora tècnic i tecnològic. L'anàlisi de Habermas (1987) de la «colonització del món vital» (502) i de la «colonització interna» (432-433) es desenvolupa com una elaboració crítica de les tesis de Weber sobre la racionalització.

Habermas (1987) es refereix amb l'expressió de «colonització del món vital», aquí emparentada amb la identificació política com a tendència, a «l'empobriment cultural que amenaça un món de la vida que veu desvalorada la substància de la seva tradició» (462), a «una escissió elitista de la cultura dels experts amb els contextos de l'acció comunicativa quotidiana» (469) i finalment a «la penetració dels mecanismes de control monetaris i administratius dins el món de la vida» (469). És a dir, formes de racionalitat econòmica i administrativa, com pot ser la identificació política que comporta tot diagnòstic psiquiàtric, en àrees d'acció que es resisteixen a ser instrumentalitzades pels diners i el poder, és a dir, en el terreny de la identitat cultural com a experiència viscuda.

En aquest treball, utilitzo la narració d'una persona afectada/diagnosticada. Intento escoltar i comprendre, a la recerca de sentits i significats (en el sentit de *Verstehen*), la veu de l'afectat, que com han dit Correa-Urquiza et al (2006: 54) és:

Esa voz subjetiva, narrativa y autobiográfica que es generalmente omitida en los informes clínicos y en las iniciativas medicalistas de reinserción y que generalmente remite a una historia de exclusión del mundo social.

Josep M. Comelles (2003: 121) justifica l'existència d'etnografies de les relacions entre els ciutadans, els professionals i les institucions que tinguin en compte la complexitat de les identitats múltiples dels ciutadans d'una societat moderna, i no pas sobre la base de protocols d'«identificació» cultural administrativa.

La identitat és, abans de tot, quelcom que es construeix amb la vida mateixa. Una vida amenaçada per les identifications econòmiques, jurídiques i polítiques. La identificació política, no viscuda i inerta en oposició a la identitat cultural, que és viscuda i creadora.

Com diu Freire (2008: 57):

El sadisme apareix, així, com una de les característiques de la consciència opressora, en la seva visió necròfila del món. És per això que el seu amor és un amor a la inversa: un amor a la mort i no a la vida.

En la mesura en què per dominar s'esforça per aturar l'ansietat de la recerca, la inquietud, el poder de creació que caracteritza la vida, la consciència opressora mata la vida.

Vet aquí que els opressors es vagin apropiant, també cada cop més, de la ciència com a instrument per a les seves finalitats. De la tecnologia com a força indiscutible de manteniment de l'«ordre» opressor, amb el qual manipulen i aixafen.

Joan, de Nikosia, ha experimentat en primera persona el procés de cosificació del diagnòstic psiquiàtric. També Meritxell Torres. El procés a través del qual les persones es converteixen en coses, quelcom animat en inanimat, els oprimits com a objectes. L'opressió és, per tant, necròfila. Es nodreix de l'amor a la mort i no de l'amor a la vida.

S'obre i es tanca aquest marc teòric amb la cita de Joan, de Nikosia: «El diagnóstico es un acta de defunción en vida».

METODOLOGIA

Convé observar l'home en els perills i en les proves, conèixer qui és en l'adversitat. Llavors sorgeixen les veus veritables del fons del seu cor, cauen les disfresses i la realitat impera. [...] Si es vol conèixer millor l'home no se l'ha d'estudiar en èpoques de calma, quan les passions s'adormen, sinó que cal fer-ho quan es troba descompost per sensacions violentes i extraordinàries, que dissipen les màscares que de manera uniforme tracten de cobrir les seves febleses. És llavors quan l'home apareix tal com és, i és llavors quan el Filòsof s'instrueix millor en les places públiques que no pas en els palaus dels Grans.

FRANCESCO SALFI, 1787, cit. dins TERRADAS, Ignasi (1997: 77-78)

L'itinerari com a estudi de cas

Allò que vaig fer bàsicament durant els sis mesos del treball de camp (de setembre de 2010 a març de 2011) va ser conèixer una sèrie de persones amb les quals vaig compartir un seguit de vivències, vaig conversar i, en fi, van ajudar-me per tal de comprendre una mica com viuen en el seu dia a dia les seves identitats i com els afecten les identifications que reben.

He pres l'opció d'un sol itinerari personal afectat/diagnosticat amb trastorn mental. Però, què és un itinerari? Segons el Diccionari de l'Enciclopèdia Catalana, «itinerari» és això:

[1803; del ll. *itinerarium*, íd.]

1 *adj* Relatiu o pertanyent als camins. *Mesures itineràries*.

2 *m* 1 Trajecte, recorregut, camí a seguir.

2 Pla d'un viatge, una excursió, etc., amb indicació del camí, parades, etc., a fer.

3 Dibuix d'aquest pla.

3 m TOPOG Mètode de determinació de les posicions dels vèrtexs d'una línia poligonal topogràfica.

Si prenem la segona accepció del terme, la que diu que itinerari és un «trajecte, recorregut, camí a seguir», ens apropiem a la idea metodològica d'itinerari tal com la plantejo aquí. Segons diu Mari Luz Esteban (2004a: 54), al llibre on analitza dotze itineraris corporals, corresponents a deu dones i dos homes:

Pero la idea de los itinerarios como tal no es nueva en antropología sino que ha sido formulada anteriormente en campos disciplinares como el de la antropología de la salud y la medicina.

Mari Luz Esteban cita el cas de l'antropòleg Josep M. Comelles (1998), que va proposar al seu dia el treball entorn als itineraris o processos assistencials. Anteriorment, uns altres autors havien treballat amb conceptes afins, com són els de *moral career* (Goffman, 2004), *health seeking process* (Chrisman, 1977), *sickness career* (Twaddle, 1981), *itinerari iniciàtic* (Mallart, 1983).

El meu treball és un intent de constituir un itinerari adaptat a l'anàlisi dels conceptes d'identitat i identificació. L'opció metodològica pels itineraris, que com en el cas dels adaptats a l'anàlisi d'allò corporal (Esteban, 2004a: 13), són «itinerarios abiertos, porosos, contradictorios e inacabados», ha portat l'investigador a compartir part de la trajectòria vital de nou mesos amb la seva protagonista.

Com ens diu Juan José Pujadas (1992: 49-50):

El estudio de un caso único puede servir, como análisis en la etapa inicial de un proyecto, para abrir caminos, sugerir hipótesis, para sumergirse en profundidad en el análisis de un caso posible. El grado de información y de significatividad que nos proporciona el estudio del caso único depende bastante de la «distancia» relativa entre la posición del investigador y la especificidad de la historia de vida registrada.

L'elecció parcial d'una interlocutora no significa que sigui l'únic itinerari possible en cas que una persona sigui diagnosticada amb trastorn mental. Tampoc que fos l'escollida per considerar-la una «narradora disposada». No tenia experiència prèvia en l'exercici de narrar la pròpia experiència personal. Podem dir també que el factor temporal de la recerca ha limitat l'investigador a l'estudi en profunditat d'un sol itinerari, atès que es requereix la coneixença, l'aprofundiment en la relació i la constitució d'una comprensió mútua amb les persones que els protagonitzen.

En aquest sentit, faig meves les paraules de Nancy Scheper-Hughes (1997: 28) quan escriu:

Em vaig donar compte de com és d'essencial la recerca a llarg termini per comprendre vides que semblaven com trajectes d'una muntanya russa, amb grans alts-i-baixos, pujades i baixades, en tant que les dones lluitaven de forma valenta a vegades (unes altres no tant) per tal de fer el millor possible per al màxim nombre de persones i al mateix temps arreglar-se-les per continuar vivint elles mateixes.

Faig servir l'itinerari de Meritxell Torres com a cas concret per a l'anàlisi dels conceptes d'identitat i identificació. Aquest i no un altre és l'eix vertebrador del seu itinerari. Sorgeix aquí el problema de la representativitat, en no existir bases per a la comparació amb d'altres itineraris. Una de les limitacions del meu treball és no haver realitzat una anàlisi de relats paral·lels, amb la comparació de diferents històries laborals per exemple, o fins i tot un estudi sistemàtic de totes les persones que apareixen a l'itinerari de la Txell. Es tracta d'un tema per a un desenvolupament futur de la recerca.

Pujadas (1992: 50) afegeix:

En este caso, el estudio del caso único es el elemento desencadenante, el productor de hipótesis, pero en la mayor parte de los casos, una historia de vida particular no es sino el primer paso hacia un estudio basado en la acumulación de una amplia muestra de narrativas biográficas, que den a esta técnica la posibilidad de cumplir con los requisitos de representatividad que requiere una investigación científica.

Una de les dificultats amb què em vaig trobar en el procés de la recerca va ser precisament la constitució d'aquests itineraris d'aflicció o possibles itineraris en cas de ser diagnosticat amb trastorn mental. En un principi, varen ser tres les persones escollides que van acceptar la meua proposta. Els seus noms, Edgar, Txell i Joan, en ordre cronològic de contacte. Cadascun dels seus casos comportava una solució metodològica diferent. Donat que la interacció amb cadascuna d'aquestes persones es donava en un àmbit diferent (Sarau, Nikosia i Imagina, respectivament) i com a resultat també d'una relació diferent, la forma de plasmar cadascuna de les trajectòries vitals també ho havia de ser. Finalment, vaig decidir-me pel -fins llavors- més extens dels itineraris, el de la Txell, perquè és sobre el que més he conegut.

La funció del seu relat en aquest treball d'antropologia és explicar-nos quelcom sobre els conceptes d'identitat cultural i identificació política. Com diu Martínez Hernáez (1998b: 655), l'anàlisi etnogràfica del cas és duta a un domini de relació entre símptoma, biografia i context cultural on el significat és nuclear al tipus de descripció. Com també es pregunta M^a Isabel Márquez Romero (2010: 2), en una aproximació al paper de la narrativa dins la malaltia mental, com doten o donen significat els propis subjectes diagnosticats amb malaltia mental a la bogeria?

Autoetnografia i relat de vida

Com he indicat a la introducció, l'itinerari escollit vol ser metodològicament parlant una autoetnografia de Meritxell Torres. Però, per què parlo d'autoetnografia? Autoetnografia o autobiografia, història o relat de vida? La metodologia preferent, en qualsevol cas, és la narrativa biogràfica. Com diu Olivia Sagan (2009: 160), en l'àmbit de la psicologia i les ciències socials es va produir un «gir» documentat a favor del biogràfic i l'anàlisi continuada dels relats sobre les formes en les quals el sentit, l'autobiografia i la identitat es constitueixen a través del compromís biogràfic.

El treball en comú amb Meritxell Torres sorgeix d'una proposta de l'investigador que ella accepta. Escriu des de la pròpia voluntat. Es tracta d'un assaig que mescla el relat autobiogràfic amb l'anàlisi que comporta tot estudi de cas. L'investigador no ha pogut controlar el procés de rememoració -com hauria pogut pretendre realitzant

entrevistes formals- però ha posseït un contacte directe amb l'autora del relat amb un seguit de converses informals. Cal reconèixer-li l'esforç de memòria que ha fet i els seus mèrits com a *etnògrafa*.

Susan DiGiacomo (2004: 124) parla de la pròpia experiència viscuda com a categoria analítica. Al seu parer, l'instrumental antropològic consisteix, al cap i a la fi, en la persona de l'antropòleg. El capítol quart d'aquest treball és una aportació personal de l'autor en aquest sentit.

En el cas de Meritxell Torres la tracto com a etnògrafa en tant que ha tingut la capacitat de distanciar-se dels fets viscuts, no precisament agradables, com si els hagués viscut una tercera persona. I alhora, ha sabut narrar-los amb una precisió, una reflexió crítica i una lucidesa que considero admirables.

Amb aquest distanciament, un psicòleg o psiquiatre podria identificar un trastorn esquizoide de la personalitat, segons el qual ella «mostra fredor emocional, distanciament o aplanament de l'afectivitat». En canvi, des de l'antropologia, amb el mateix distanciament, podem veure un recurs adaptatiu expressat culturalment. Utilitza una perspectiva en clau etnogràfica davant uns fets viscuts (i soferts) que reconeix com a propis. No estic dient que l'antropòleg hagi de ser psiquiàtricament esquizoide per afrontar-se amb els fenòmens viscuts i observats de la seva recerca, sinó més aviat que tot etnògraf ha d'adoptar necessàriament un distanciament crític de la realitat viscuda.

D'altra banda, el meu paper com a investigador/transcriptor del relat de Meritxell Torres ha consistit en la correcció de l'estil, la inclusió de notes a peu de pàgina i diferents interrupcions que serveixen com a complements d'informació necessaris, tot introduint al mateix temps les anàlisis que ens puguin fer comprendre millor el seu itinerari.

Un tema central a l'hora d'escriure una autobiografia, ens diu Miguel (1996: 7), és el de la coherència i causalitat. Podem dir que en l'itinerari de Meritxell Torres es combina la narrativa realitzada a partir d'unes motivacions i seguint un sistema d'elaboració que ens és desconegut, alhora que s'estructura a partir del diàleg en comú. Li vaig «encarregar» -si volem dir-ho així- la redacció de la seva pròpia autoetnografia o relat de vida. A partir del que va escriure ella i del que vaig escriure jo posteriorment, vam mantenir un diàleg obert. Un cop escrit el seu relat autobiogràfic, va entrar en joc el

meu paper d'antropòleg que sotmet el relat a l'anàlisi dels conceptes d'identitat i identificació. Però sense arribar a solapar la seva veu, ni pretendre imposar una sola lectura possible al relat.

El resultat és un itinerari que combina el relat personal i l'anàlisi dialogada. D'aquí la coautoria del capítol com a conseqüència de tot el procés. Ella ens ha obsequiat amb 5250 paraules d'un total de 12164 que configuren el text del sisè capítol. Es tracta d'una proporció que la fa mereixedora d'aparèixer com a coautora.

El diàleg al qual em refereixo es va mantenir abans, durant i després de l'elaboració del text, i s'emmarca dins el context de l'observació participant, les converses informals i el fet «d'estar allà». Trobem aquí una perspectiva espontània de la narradora, però també de l'investigador. Un diàleg viscut entre ambdós al llarg de nou mesos.

Com podia jo tractar una visió social de l'ésser humà sense preocupar-me de la seva construcció individual, sense la veu de l'actor? En fi, com podia tractar Meritxell Torres com a *marioneta* si ella mateixa percep que l'han tractada d'aquesta manera al llarg del seu itinerari?¹⁶

Escriure és reviure

Durant el treball de camp en general, ha estat fonamental per a mi una relació horitzontal, d'igual a igual, compartint l'experiència generada amb les persones subjectes de la recerca. Crec que m'he integrat en els grups que he participat com un més. Aquesta, almenys, era la intenció i el fet consegüent de la participació dins d'aquests: el fet de donar i rebre. Si participo de Nikosia és perquè participo a la ràdio, a les assemblees i al grup de Teatre de l'Oprimit. Contribueixo d'alguna manera en el projecte del col·lectiu Nikosia. Ocupo el rol de col·laborador extern. El que implica donar l'opinió quan un nikosià me la demana i participar del programa de ràdio en directe –si els seus locutors em donen peu per fer-ho–.

¹⁶ Vegeu *infra* pàg. 122.

De forma anàloga, si participo de Sarau és perquè assumeixo el rol de voluntari de l'associació. Bàsicament a les sessions de discoteca, però també assistint a les reunions i dient la meua quan sóc preguntat per la resta de membres de l'associació. Em reconeixen com a voluntari de Sarau i en tant el meu passat com a educador comparteixo amb ells certa formació i experiència professional semblants. Al contrari del que passa al grup de Teatre de l'Oprimat amb Pallapupas, on el que s'espera de cadascun dels participants és deslliurar-se dels rols i etiquetes anteriors per tal de mostrar una mica de *nosaltres mateixos*.

Cal dir que tots els participants de la recerca van ser informats al seu moment del meu rol d'etnògraf, el qual desenvolupava un estudi sobre un tema relacionat amb la salut mental. El que no vaig poder controlar absolutament van ser els temps de cadascuna de les fases de la recerca. A les acaballes del cinquè mes de treball de camp, per circumstàncies laborals de l'investigador, no vaig poder continuar-lo com hagués volgut. El dia 26 de gener, un dimecres, vaig prendre la decisió de parlar al grup de Teatre de l'Oprimat. Vaig explicar-los que a partir d'aleshores no podria participar a les sessions com fins llavors i que havia decidit començar a escriure allò que havia observat i viscut entre ells. Vaig demanar-los qui volia sortir-hi i qui no. I si volien sortir-hi, amb quin nom volien fer-ho.

En total, durant els 9 mesos que va durar la recerca, vaig haver observat i participat en 13 assemblees i 16 programes de ràdio a Nikosia, 17 sessions de Teatre de l'Oprimat a Pallapupas, 12 sessions de Teatre a Imagina, 8 sessions de discoteca i 5 reunions a Sarau. En tot aquest temps, vaig decidir no prendre notes durant els esdeveniments observats, durant allò que succeïa, entre altres raons perquè no eren esdeveniments etnogràfics per als meus informants; formaven part de la seva experiència viscuda, però igualment també de la *meua*. Per a mi no tenia sentit posar-me a escriure al llarg de les assemblees i emissions nikosianes, les sessions teatrals, les sessions de discoteca, les diferents reunions, les converses informals, etc. Les notes les vaig prendre *a posteriori*. Això m'ajudava a fer memòria i evitava estar massa pendent de la *realitat objectiva i observable*. En tant que participo d'aquesta, i m'hi integro, aquesta realitat es torna *subjectiva i flexible*. Més complexa i del tot imprevisible. M'obligava a prendre decisions al moment perquè jo també en formava part i la construïa. Sabina Frederic (1998; cit. dins Mantilla, 2008: 94) ens convida a reconstruir

el procés de construcció de les dades etnogràfiques des d'una perspectiva que impliqui reflexivitat (*reflexivity*), és a dir, entenent l'etnògraf com a subjecte social, condicionat pel seu propi marc de referència i mitjançant el qual participa activament del procés de coneixement.

De setembre de 2010 a febrer de 2011 (6 mesos) vaig fer el treball de camp. I de març a maig del mateix any 2011 (3 mesos) vaig realitzar l'anàlisi de dades i la redacció de l'informe etnogràfic. Cal no oblidar que es tracta de la vida allò que pretenem descriure, analitzar i interpretar. I un document que pretengui reflectir aquesta vida *hauria de ser necessàriament viu*.

Reviure aquells moments viscuts com si els tornéssim a viure un altre cop, és un dels meus propòsits. De tal manera que convertim la nostra escriptura en vida. Com posicionar-se davant l'escriptura del treball etnogràfic? Se'ns presenta un ventall de possibilitats i alternatives. En el sentit expressat per James Clifford (2003: 164), es presenten diverses alternatives en la constitució de la *pròpia* etnografia, en tant una exposició més monofònica o més polifònica. Jo he optat per incloure la veu de Meritxell Torres en diàleg amb la meua, tal com va passar realment. Crec que la tasca de l'etnògraf consisteix a ser el més fidel possible sobre allò que ha vist, entès i viscut dins la seva experiència al camp tot explicant detalladament les circumstàncies que l'han fet possible.

En relació a l'estil narratiu emprat, vull esmentar la influència que han tingut en mi les lectures de diferents etnografies. En concret, durant el treball de camp, vaig llegir: *La tierra del remordimiento*, d'Ernesto De Martino; *Brujería, magia y oráculos entre los azande*, d'E.E. Evans-Pritchard; *Do kamo*, de Maurice Leenhardt; *La muerte sin llanto*, de Nancy Scheper-Hughes i *La dansa als esperits*, de Lluís Mallart.

No conec cap altra manera per a escriure que la de llegir al mateix temps. Indubtablement, podrien haver estat unes altres lectures. Però aquestes, juntament amb la petjada dels *ragazzi di vita* pasolinians, a més dels poemes de *Le ceneri di Gramsci*, m'han estat útils per aprendre això que s'ha dit *com explicar allò que un ha viscut, observat i après*. De Pasolini aprenc la recerca d'una reflexió que mantingui intacta la lleialtat als somnis, sense que aquesta lleialtat ens aparti de la lucidesa.

Óscar, de Nikosia, feia una pregunta a les persones no diagnosticades que porten més temps a la ràdio. En un moment de l'assemblea nikosiana, Óscar els pregunta si s'han contagiats de la bogeria dels que estan diagnosticats amb trastorn mental, com si d'una malaltia infecciosa es tractés. Es féu el silenci. Diu Susan Sontag (1996: 14) que «el contacte amb qui pateix una malaltia suposadament misteriosa té inevitablement quelcom d'infracció; o pitjor, quelcom de violació d'un tabú».

Afegeix Roger Bastide (1967: 69) que no comprenem sinó els sentiments que podem experimentar en nosaltres mateixos i que seria precis primer ser boig per tal de comprendre la bogeria...

En el nostre context, no he pres el terme «malalt mental» ni el de «boig» com a categories analítiques, tot i que algunes persones diagnosticades prefereixen ser anomenades boges abans que segons quines altres etiquetes. En aquest treball parlarem de la identitat cultural i la identificació política de les persones consultades. Per referir-nos a elles farem servir els termes «diagnosticat» i «identificat» indistintament. Quan la persona viu, ella mateixa parlarà de la seva identitat cultural. Quan la persona ja no viu, com és el cas del «tiet Pere», seré jo qui parlaré enlloc seu i en boca d'altres.

MON PARE EM DIU FOLL EN COMPTES DE FILL¹⁷

Al «tiet Pere», a la seva germana i als meus germans

El «tiet Pere» va néixer el setembre de 1952 i va morir el juny de 2003. A partir d'una carpeta trobada a la casa familiar, amb l'etiqueta «Papeles del Pere», intento aquí una reconstrucció documental (i parcial) de la seva història, així com una aportació autoetnogràfica que vol incorporar el punt de vista familiar a la qüestió de la identificació en salut mental. El «tiet Pere» era el meu oncle matern, el germà petit de la meva mare.

El «tiet Pere» va néixer amb fòrceps i amb un pes de set quilos i mig. Això va causar danys físics tant a ell com a la seva mare. En un resum clínic, del dia 11 març de 1998, es llegeix:

Su debilidad mental parece encontrarse en relación con una encefalopatía neonatal. Vive con su familia, hace unos 7 meses su madre ha fallecido. Inicialmente parece no haber mostrado reacción alguna. Dos semanas previas al ingreso comenzó a hablar sobre su madre recordando comentarios que ésta le hacía.

Amb la mort de la seva mare, l'any 1997, la seva germana es va fer càrrec de la cura i atenció, tot i que el «tiet Pere» va continuar vivint al domicili familiar en companyia del seu pare. Abans de morir, l'àvia va traspasar la responsabilitat de la cura a la seva única filla, a la manera d'una promesa familiar.¹⁸

El record que tinc del «tiet Pere», en tant que fill de la seva germana, és emboirat. La memòria és sempre selectiva. Juan F. Marsal (cit. dins Miguel, 1996: 12 i 55) identificava com a «evaporades» aquelles persones que desapareixen del relat

¹⁷ Aquest títol ve d'una cançó d'Ovidi Montllor, *El desesperat*, tercera de l'àlbum *Un entre tants*. El joc de monosíl·labs prové, molt probablement, d'una poesia de Pere Quart, *Tirallonga de monosíl·labs*.

¹⁸ Antonio Chaves Lechuga, autor d'un llibre on explica la relació amb el seu fill diagnosticat amb trastorn mental, *Convivir con el trastorno mental* (2010, Laertes), va ser un dels convidats entrevistats al programa de Ràdio Nikosia del dia 17 de novembre de 2010. Una de les preocupacions que exposa com a pare és no saber què passarà amb el seu fill quan ell ja no hi sigui. «Què passarà amb el meu fill» és una preocupació parental que pot ajudar a comprendre aquesta mena de promeses familiars.

familiar i sobre les que ningú pregunta. Diu Jesús M. de Miguel (1996: 79) que el coneixement de les arrels familiars dins la societat contemporània és limitat, en part perquè s'ha passat d'una societat de famílies a una societat d'individus. Jo puc recordar molt poc de la vida del «tiet Pere».

I aquí torno a parlar en clau personal. Era un home alt, d'un metre i vuitanta-cinc centímetres, amb dents cantelludes i ulleres. Duia sovint tirants i camises de quadres. Era el petit de quatre germans, tres nens i una nena. La seva germana m'ha explicat que la mare del «tiet Pere» havia estat a punt de perdre la vida en donar a llum. No he conegut mai exactament les circumstàncies del part. El cas és que, com diu el resum clínic citat, «su debilidad mental [la del «tiet Pere»] parece encontrarse en relación con una encefalopatía neonatal».

Segons la seva germana, havia arribat a pesar 120 kg «quan estava bé» i 60 kg «quan era pell i ossos». Des de petit, allò que destacava més en mi era el fet que fos solter. «El meu tiet és solter», deia als meus amics de l'escola. També recordo episodis on sentia cops de porta, crits i la sensació que havia de tirar la porta avall. I haver escoltat repetidament el nom de «Pere Mata»... Llavors, de petit, jo no sabia que es tractava d'un hospital psiquiàtric de Reus.

Quan em veia, el típic comentari familiar: «Estudia, els estudis són molt importants». Només després de la seva mort, vaig conèixer la seva afició a la cuina. Recordo que la meva mare em deia: «Massa sabó fa servir el tiet, el gastarà tot». I el seu riure inconfusible, que en els resums clínics es tradueix a un «ànim expansiu amb jovialitat i puerilitat». Anàlogament, en els papers clínics el seu discurs es tradueix en «prolix, perseverant».

Hi havia familiars que no el saludaven quan el veien pel carrer. Això li dolia especialment a la seva germana. Com també el fet que el seu pare, quan era petit, el tractés com un «animal». Com a persona adulta, el «tiet Pere» solia freqüentar els carrers i el mercat de la petita ciutat on sempre va viure tot convertint-se en un personatge popular a l'estil -podríem dir-ho així- del «tonto del poble».

Per tal de reconstruir documentalment els cinc últims anys de la seva història (el període comprès entre 1998 i 2003), que comença amb la mort de la seva mare i acaba

amb la seva pròpia, he utilitzat diversos informes clínics, assistencials i laborals. La documentació trobada a la carpeta «Papeles del Pere» es va classificar segons la condició del «tiet Pere»:

Taula I: Rols del tiet Pere en funció de la documentació localitzada		
Rols		Àmbit
Pacient	—————→	Clínic
Treballador	—————→	Laboral/ocupacional
Disminuït	—————→	Assistencial

A continuació, entrarem en detall en el seu rol de pacient a través de la informació clínica. Aquesta documentació consta d'un seguit d'informes d'altres hospitalàries, factures d'assistència a càrrec del SCS (Servei Català de la Salut), pautes de medicació, etc. que ens informen de les derivacions, ingressos i altes hospitalàries del malalt/pacient en diferents centres del SCS: Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata de Reus, CSMA (Centre de Salut Mental Adults), Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental (SSM) de Sant Boi de Llobregat i Hospital Comarcal Sant Antoni Abat.

Taula II: Classificació de la documentació clínica des de febrer de 1998 fins a juny de 2003	
Informes d'alta hospitalària	
Factures d'assistència a càrrec del SCS	
Justificants d'ingressos hospitalaris	
Pautes de medicació	
Fulls de derivació	
Exploracions d'urgències	
Anàlisis clíniques	

Dins els resums clínics dels informes d'alta es refereix que és un pacient que ha realitzat diversos ingressos a IPM (Institut Pere Mata) per períodes d'alteracions de conducta i heteroagressivitat i que li han diagnosticat d'esquizofrènia. En un resum clínic, del dia 31 d'agost de 1999, es pot llegir:

Afecto de retraso mental, es conocido en nuestro hospital por varios ingresos previos. Reingresa por reaparición de transtornos conductuales con desorganización de horarios, descuido de tareas y mal cumplimiento del tratamiento farmacológico. Insomnio y fugas del domicilio, deambulando de noche por las calles.

El cas del «tiet Pere» participa del fenomen anomenat *revolving door* o porta giratòria, que com explica Martínez Hernáez (1998a: 56): «no es otra cosa que el proceso continuo de ingreso y alta, ingreso y alta, ingreso y alta al que se ven sometidos los afectados». Segons diferents papers clínics, la informació del diagnòstic era el següent:

Es tracta d'un pacient afecte de Retard Mental que [...] ha presentat fenòmens psicòtics episòdics. Tanmateix ha sofert crisis comicials anteriorment. (23/04/1998)

Antecedents personals de retard mental lleu, esquizofrènia residual crònica i epilèpsia mal controlada. (30/03/2002)

Diagnosticado de retraso mental y de epilepsia por la que sigue tratamiento continuado con anticomiciales, al parecer sin crisis convulsivas desde hace años. (15/05/2002)

Una nota escrita a mà per un doctor en psiquiatria ens informa de la pauta de medicació prescrita al «tiet Pere» en data de 29 de setembre de 1999. La transcriu aquí:

Epanutin 100 mg (0-0-1)

Akineton Tableta (1-1-1)

Idalprem 5 mg (1-1-1)

Etumina 40 mg (1-1-1)

Sinogan 25 mg (0-0- (1 o 2))

El tractament farmacològic indicat no correspon directament al diagnòstic rebut, sinó als diferents símptomes que presenta el pacient i per contrarestar els efectes produïts per d'altres fàrmacs: Epanutin per a la convulsoteràpia i epilèpsia; Akineton per als símptomes extrapiramidals associats a l'ús de neurolèptics i d'altres fàrmacs similars; Idalprem per ansietats, nerviosisme, alteracions del son, neurosis, psicosis i trastorns psicossomàtics; Etumina per ansietats, esquizofrènia, insomni, neurosis i psicosis; Sinogan per ansietats, depressió, dolor greu, esquizofrènia, psicosis i trastorns del son.

Aquí funciona la frase: *digues quina medicació prens i et diré qui ets* (quins símptomes tens). Almenys, és la conclusió a la qual pot arribar l'investigador que té accés a la informació clínica del pacient i que pot comparar la informació diagnòstica amb la pauta de medicació prescrita. Però, què aporten els papers clínics a la identitat d'una persona real com va ser el «tiet Pere»?

En el seu treball sobre la història d'un manicomí -l'Institut Mental de la Santa Creu- Josep M. Comelles (2006: 106) diu en una nota a peu de pàgina:

El Hospital no conserva historiales clínicos. Solo los expedientes de admisión con nombre, edad, procedencia, y certificados de ingreso. Nada de sus vidas.

Diu Marit Melhuus en un comentari a l'article de Finkler (2001: 253-254):

The family medical history is a type of identity document that not only has personal value -in the sense of giving a person a sense of being- but may in fact be crucial in obtaining medical treatment. In Western democratic type societies, we associate identity papers (and the right to issue them) with state institutions (e.g., birth certificates, passports, identity cards) and certain forms of governmentality. They are related to notions of citizenship as well as to control and power. Not only do we assume that we have a right to these documents but we believe that

they confer on us certain rights (e.g., mobility, the vote, schooling, and in some countries, health care).¹⁹

A resultes dels informes clínics que van alimentar la seva història clínica, el «tiet Pere» va ser identificat com a «disminuït»²⁰. Gràcies a aquesta història clínica, va poder participar dins la societat amb la seva condició de disminuït. L'Equip de Valoració i Orientació (EVO), un cop fets els reconeixements necessaris, va dictaminar que el seu era un cas d'«epilèpsia-deficiència mental lleugera-Q.I. 69».

Segons la fórmula dels papers assistencials, de l'aplicació dels barems establerts, la persona reconeguda presenta un grau de disminució del 51%, el qual supera el mínim establert del 33% per al reconeixement de la condició de disminuït. Per tot això, en ús de les facultats que l'article 1r. de l'Ordre de 15 de novembre de 1982 en relació amb el Decret 22/84 de 31 de gener, l'ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials) resol declarar la condició legal de disminuït als efectes de les accions assistencials procedents.

Conclou la resolució de la qualificació de la disminució:

Aquesta declaració de la condició legal de disminuït té caràcter permanent.

Com diu Melhuus dins Kaja Finkler (2001: 254):

¹⁹ «La història clínica familiar és un tipus de document d'identitat que no només té valor personal –en el sentit de donar a la persona un sentit d'ésser– sinó que de fet pot ser cabdal per obtenir tractament mèdic. En les societats de tipus democràtiques occidentals, associem documents d'identitat (i el dret a expedir-los) amb les institucions estatals (certificats de naixement, passaports, carnets d'identitat) i certes formes de governamentalitat. Són emparentats a nocions de ciutadania així com al control i al poder. No només assumim que tenim un dret a aquests documents sinó que creiem que aquests ens confereixen certs drets (a la mobilitat, al vot, a l'educació, i en alguns països, a l'atenció sanitària)».

²⁰ Marta Allué (2003: 28-29) ens diu sobre la qüestió lingüística d'aquest terme: «La lengua catalana no contempla el término «discapacidad» para designar a la persona que padece una restricción en las facultades físicas o psíquicas utiliza el vocablo «disminuït». El verbo «disminuir» en catalán significa «hacer más pequeño, menos intenso» (*Diccionari de la Llengua Catalana*, Enciclopèdia Catalana, 1988). El uso del término aparece generalizado en la documentación oficial institucional pero no es así en la lengua hablada, donde el término suele aplicarse a personas con deficiencias psíquicas y no tanto a las que sufren deficiencias físicas o sensoriales. En el lenguaje coloquial se opta por *catalanizar* el término anglosajón diciendo *discapacitat* o por hacer lo mismo con el castellano para pronunciar un incorrecto *minusvàlid*, e incluso *minusvalidesa*, por *minusvalía*».

Identity documents are powerful and visible mechanisms of inclusion and exclusion. Although family medical histories appear to be a different order from identity papers, they seem to work in the same way. Both documents are invested with certifying authority the absence of which has marked repercussions on people's lives.²¹

Taula III: Classificació de la documentació assistencial des de 1992 fins a 1999
Resolució de la qualificació de la disminució
Citació de l'Equip Valoració d'Adults de Barcelona
Confirmació d'incapacitat laboral transitòria

El «tiet Pere» va deixar darrere seu un seguit de documents d'identitat (que són en realitat d'identificació). Com poden ser el document nacional d'identitat (DNI), la targeta que l'identificava com a usuari del sistema sanitari públic (Sistema Nacional de Salut), el document d'afiliació a la Seguretat Social amb segell de la Direcció Provincial de la Tresoreria General de la S.S. de 20 març de 1995, etc.

El «tiet Pere» desenvolupava en el període analitzat (i en bona part de la seva història de vida, també) una tasca remunerada dins un taller ocupacional, en el qual era desitjat com a treballador pel seu rendiment.

Diu la seva germana, consultada un dia de gener de 2011, que el seu germà «era prou intel·ligent per fer bé la feina» i que al centre especial de treball (CET) «quan estava malament no el volien». La interpretació que fa la seva germana és encertada. No el volien perquè era la seva capacitat productiva la que sol·licitaven, la mateixa que el «tiet Pere» en aquells moments («quan estava malament») no podia donar. Aquesta és una altra dimensió de la seva identificació, la corresponent al seu rol de treballador dins un àmbit laboral/ocupacional.

²¹ «Els documents d'identitat són poderosos i fan visibles mecanismes d'inclusió i exclusió. Encara que les històries clíniques familiars apareixen per ser d'un ordre diferent als documents d'identitat, sembla que treballen en la mateixa direcció. Ambdós documents estan investits per una autoritat certificadora, l'absència de la qual ha marcat repercussions en les vides de les persones».

Taula IV: Classificació de la documentació laboral/ocupacional des de març de 1995 fins a juny de 2003
Afiliació a la Seguretat Social
Contracte de treball
Nòmines
Comunicació de pròrroga del contracte
Història laboral
I.R.P.F. Retencions del treball personal
Comunicats mèdics de baixa/alta d'incapacitat temporal
Liquidació

La categoria professional en la qual consta en aquests documents és la de *peó*. El motiu de la baixa del treballador és la seva *defunció*. El document té data del 18 de juny de 2003.

Al «tiet Pere» per a nosaltres se li ha vist negada una història, una vida *real*. És com si havent-li amagat la seva identitat cultural rere identificacions del tipus «malaltia absoluta», «malaltia ubiqua» o «sinècdoque organicista»²², no ens permetessin indagar sobre la vida que realment va viure. El que comporta la identitat *viscuda* de merescuda i escollida per qui la viu, resta *alienada* per qui se li nega. Suposa una *identitat malalta*, entesa com a falsejament, suplantació o ficció de la identitat *viscuda*.

En aquest punt de discussió oberta, Àngel Martínez Hernáez (2009) ens diu:

Una de las causas de exclusión social de los afectados por una enfermedad mental grave es la tendencia de los afectados a la desrealización. La fenomenología de la esquizofrenia y las psicosis en general supone una especie de deconstrucción cultural de la realidad. Si todo mundo normativo, si todo conjunto de valores, preceptos sociales y patrones de comportamiento —eso

²² Agraeixo a Martín Correa-Urquiza que m'hagi fet saber els conceptes de «malaltia absoluta» (Goffman, 2008) i «sinècdoque organicista» (Correa-Urquiza, 2009: 185). També a Àngel Martínez Hernáez (2009) l'expressió de «malaltia ubiqua».

que los antropólogos denominamos una cultura- son sistemas de pensamiento que los actores acaban naturalizando y entendiendo como incuestionables, una de las características del delirio y las alucinaciones es el cuestionamiento de esta naturalidad. De ahí, probablemente, la asociación tradicional entre psicosis y arte o entre locura y genialidad en los imaginarios populares. De ahí, también, la idea de los tratamientos psiquiátricos como mecanismos coercitivos.

Ahora bien, la desrealización no es un fenómeno permanente en la mayoría de los casos. Los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, así como el propio curso de la enfermedad, pueden ofrecer ventanas de conciencia. El problema es que estas «ventanas» suponen también para el afectado una conciencia de los obstáculos generados por los prejuicios y estigmas sociales. Pensemos que en pocas ocasiones damos la voz a estos sujetos o los ubicamos fuera de su posición de usuarios o enfermos. La constante ante la categoría «psicosis» es que los presuntos cuerdos creamos un monólogo para escucharnos a nosotros mismos, pues nuestro miedo y angustia ante lo desconocido propicia el uso de etiquetas y categorías ya sedimentadas que anulan la posibilidad de reconocer un saber o una verdad en las narrativas de nuestros actores. Por esta razón, y a pesar de la diversidad de los debates contemporáneos sobre las libertades y los derechos de ciudadanía, los afectados continúan confinados en la arena social del no-lugar, en ese imaginario de incertidumbre que mueve al estigma y al férreo control de sus vidas.

Després d'aquesta reconstrucció documental i parcial de la seva història, em pregunto, conec millor qui va ser el «tiet Pere» o com el van conèixer els altres? Quina visió de la seva persona ens resulta més útil per viure nosaltres i per què? Es pot transmetre la identificació o estigma classificatori d'una generació a una altra?

Davant l'adveniment de la nova genètica, Kaja Finkler (2001: 244) planteja que la família i el parentiu estan sent medicalitzats. Tots ells poden ser considerats malalts simplement perquè vénen de famílies amb malalties particulars. Alguns, amb els patrons genètics associats amb trastorns poligènics o multifactorials, seran coneguts com a pacient esquizofrènic o cardíac o cancerós molt abans que cap malaltia s'hagi fet notar o cap patologia hagi danyat l'organisme; en efecte, poden no ser mai afectats, encara que sí marcats. Les persones es convertiran en pacients abans d'hora: seran descrits en termes de la malaltia, però «se sentiran bé» i «estaran bé» durant anys, potser per sempre.

Com a conseqüència d'aquesta medicalització de la família i el parentiu, conclou Finkler (2001: 244):

The notion of genetic risk for a disease has now become almost a disease in itself, as has the notion of «predisposition» (Nelkin, 1996), despite the fact that scholars here and abroad (Hoedemaekers and ten Have, 1999) recognize that predisposition does not necessarily lead to disease. The concept of the inheritance of a predisposition extends the medicalization of family and kinship to encompass almost everyone, converting most people into potencial perpetual patients.²³

²³ «La noció de risc genètic d'una malaltia s'ha convertit avui gairebé en una malaltia en si mateixa, com la noció de «predisposició», malgrat el fet que els experts aquí i a l'estranger reconeixen que la predisposició no porta necessàriament a la malaltia. El concepte d'herència d'una predisposició estén la medicalització de la família i el parentiu a incloure gairebé tothom, convertint la majoria de la gent en potencials pacients perpetus».

CONTEXT DE L'ITINERARI:

Meritxell Torres ha estat «psiquiatritzada», ingressada dins un hospital psiquiàtric dues vegades, etiquetada sota diverses formes diagnòstiques i viu sota els efectes secundaris de la medicació prescrita. Llavors, com arribar a la seva vida que ella reconeix? Com comunicar-s'hi? En aquest sentit, podem recordar el que per a un altre context Terradas (2000: 31) ens diu:

El contexto que debe ayudarnos a comprender la relación contradictoria entre ambos términos [entre identificació política i identitat cultural], es, a su vez, una oposición que también puede ofrecer contradicciones. Nos referimos a la que se da entre la experiencia de vida de cada persona y la historia compleja de la sociedad en la que vive. Porque a menudo una reduce a la otra, y esto repercute de manera confusa, aunque activa, en los fenómenos de identidad.

No compartimos, pues, reduccionismos individualistas o colectivistas de los fenómenos de identidad, y tampoco reduccionismos esencialistas (absolutos ante cualquier contingencia), o relativistas (absolutamente contingentes). Nos interesan las identidades que pueden ser vividas, no los estigmas o entelequias, sean del tipo «identidades asesinas» o «cívicas».

L'itinerari de Meritxell Torres es pot comprendre millor si el situem en el context del canvi social que es produeix amb el pas de la *Gemeinschaft* o «comunitat» a la *Gesellschaft* o «associació». Ens referim al pas de la socialització a la individualització. *Gemeinschaft* i *Gesellschaft*, enteses per això com a tendències; no voldria que se les considerés en el nostre context com a generalitzacions abstractes del tipus que estem criticant. Ens han de servir només per a situar-nos, ja que la persona de la qual parlem entenc que no ha viscut dins una «comunitat» tal com la defineixen els antropòlegs.

Com explica Àngel Martínez Hernández (1998a: 69):

La estructura de alta densidad recuerda al modelo de organización social que en ciencias sociales, por lo menos desde Tönnies, se conoce como «comunidad». En su famoso texto titulado *Gemeinschaft und Gesellschaft* (1984), y que ha sido traducido por comunidad y sociedad pero también por comunidad y asociación, el sociólogo alemán distinguía entre estos

dos tipos ideales. El primero, la comunidad, es la base de toda vida social, pues surge de la voluntad natural o *Wesenwille*. Se asocia a las relaciones familiares o de parentesco, a la vida de la aldea y el pueblo, a la costumbre, al status adscrito y también a la afectividad, al derecho consuetudinario y al localismo. Contrariamente, la *Gesellschaft* o sociedad debe entenderse como un artefacto, un agregado mecánico dice Tönnies (1984: 35), ya que su origen es el de la voluntad racional o *Kürwille* y sus atributos la vida urbana, la lógica del Estado, el comercio, la neutralidad afectiva, el derecho estatutario, la convención, el individualismo y también el universalismo.

Tot i que des d'orientacions psiquiàtriques molt diverses, com continua Martínez Hernáez (1998a: 69), s'ha entès que el model de comunitat és beneficiós per a la rehabilitació dels afectats amb trastorns com l'esquizofrènia, els programes de rehabilitació psicosocial consegüents no deixen ser «substituts» d'una societat que ja no és present com abans. Com suggereix Àngel Martínez Hernáez (comunicació personal), això augmenta l'efecte de l'exclusió, conformant guetos de suposada comunitat (diem suposada per la jerarquia i asimetria interna) dins de contextos societaris. Alimenten xarxes d'alta densitat en contextos on la norma (estadística) és la contrària. D'aquesta forma, s'aïlla a un determinat col·lectiu del món social.

Aquests programes no poden cobrir el buit de protecció social que l'anterior «societat» ha deixat. D'aquesta manera, el que trobem en el model més recent de deshospitalització és una estructura de dispositius diversos que oscil·len entre la unitat de psiquiatria d'un hospital general on els pacients són ingressats només pel temps de crisi i els tallers ocupacionals, passant pels hospitals de dia, els centres de dia, els clubs i els pisos i residències assistides, entre altres recursos assistencials (Martínez Hernáez, 1998a: 55-56).

QUAN LA PSIQUIATRIA I LA JUSTÍCIA S'ABRACEN

El primer dels subcapítols dins el context de l'itinerari tracta de les persones afectades/diagnosticades amb malaltia mental com a subjectes de dret. El punt de partida és la seva concepció com a subjectes minoritzats que poden entendre i fer servir els drets com a eines d'emancipació i empoderament.

Quina és la pretensió o expectativa de dret? La del reconeixement de la pròpia identitat per part de les persones identificades com a malaltes mentals. Aquest reconeixement es fonamenta en el dret fonamental a la integritat física i moral que recull l'article 15 de la Constitució de l'Estat espanyol.

Veurem com la qüestió plantejada versa sobre dues disciplines: la psiquiatria i el dret. Quina és la justificació a través de la qual s'estableix el criteri de salut mental per exercir determinats drets? Per exemple, la privació de llibertat que suposa l'ingrés involuntari en una institució psiquiàtrica es justifica pel (suposat) desordre mental que afecta el pacient. Quins termes jurídics s'utilitzen en el present i s'han utilitzat en el passat? Com es regula el malalt mental com a subjecte jurídic? Quina identitat jurídica se'n deriva?

La finalitat de la norma pot ser protegir la societat del risc potencial que comporten (em pregunto: en tots els casos?) els afectats sobre si mateixos i els altres. Però crec que no podem oblidar-nos de la categoria jurídica a la qual s'assignen aquests anomenats malalts mentals: són o no ciutadans? L'adquisició de determinada identitat jurídica comportarà diferents drets. En aquest sentit, em situaré al llarg del text a un doble nivell: un de descriptiu i un altre de prescriptiu.

Mesures de protecció personal i jurídica

Avui dia, la major protecció personal i jurídica dels malalts mentals, la trobem en tres textos legals: I) dins la Llei d'enjudiciament civil en l'article 763, que regula el termini de les setanta-dues hores de què disposa el jutge per ratificar o no l'ingrés involuntari d'un malalt en

un centre psiquiàtric tancat on se l'ha internat d'urgència; 2) dins el Codi civil en el marc de la incapacitació, i conjuntament amb 3) el Codi de família en la regulació de la tutela.

Actualment a Catalunya, l'ingrés contra la seva voluntat d'una persona amb un trastorn psíquic està regulat dins l'article 255 del Codi de família, i només el jutge pot acordar-lo quan sigui estrictament necessària per al malalt la privació de llibertat per tal de poder aplicar el tractament que li cal. Aquest ingrés ha de tenir la durada que s'estimi convenient segons criteri mèdic. Un cop hagi millorat la patologia de l'afectat de tal manera que pugui ser donat d'alta del centre tancat on ha estat ingressat, posteriorment continuarà el tractament de forma ambulatoria. En el cas que se'n perllongui l'estada al centre més de dos mesos, el jutge ha de visitar novament aquest malalt, per comprovar que no s'ha produït una millora que li permeti aconseguir l'alta. El bé jurídic que es protegeix és la llibertat personal del malalt.

Aquesta exposició detallada d'una mesura de protecció jurídica i personal vers el malalt mental ens la proporciona al seu llibre Sílvia Ventura (2008: 245), des del seu lloc de magistrada del jutjat de 1a Instància número 40 de Barcelona, especialitzat en internaments psiquiàtrics i incapacitats. Diu que amb la privació de llibertat «el bé jurídic que es protegeix és la llibertat personal del malalt».

Les decisions jurídiques estaran marcades per l'informe científic que el psiquiatre doni al jutge²⁴. De fet, fins a la reforma del Codi civil de 1983, que obligava la intervenció judicial en el moment de fer l'ingrés psiquiàtric del malalt, a la pràctica n'hi havia prou amb el consentiment del marit i un certificat mèdic per fer internar una dona dins un establiment psiquiàtric (vegeu Bercovitz, 1976: 42-43 i 89-90; sobre la sentència de la Sala 2a del Tribunal Suprem de 21 d'octubre de 1971).

Rodrigo Bercovitz (1976: 26 i 84), aleshores professor agregat de Dret civil dins la Universitat Autònoma de Madrid, valorava els internaments de malalts mentals com la mesura que pot afectar més a la seva persona:

Se trata de ciudadanos a los que se encierra. Lo que implica una incapacitación «de facto» para la vida civil. [...] el acto sin duda más importante por lo que se refiere a los

²⁴ S'aplica únicament a Catalunya. A la resta de l'Estat espanyol, s'aplica l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil. Tal com assenyala Sílvia Ventura (2008: 277).

presuntos enfermos (tanto si lo están de verdad como si no lo están), puesto que implica la pérdida de libertad, con todas las consecuencias de incapacitación «de facto» que se derivan de ello.

Per incapacitació de fet (*de facto*) entenem la que es dóna per mitjà del tancament, sense cap garantia per als interessos del malalt, en oposició a la incapacitació de dret (*de iure*) del Codi civil, atenent a l'interès de la persona. En base a aquesta última, Sílvia Ventura (2008: 277) ens diu:

Si ens atenim als ingressos psiquiàtrics, serà important la valoració que es faci del malalt, i caldrà, segons la nostra jurisprudència, que la persona pateixi un trastorn psíquic de tal entitat que requereixi un internament per millorar el seu estat, que aquest tractament no es pugui fer sense l'ingrés i que el malalt no pugui o no vulgui donar el seu consentiment per a l'ingrés. El raonament judicial és clar, i malgrat que el jutge és coneixedor que està privant del dret a la llibertat d'un ciutadà, ho fa en nom d'un bé superior que és la vida i la integritat física, i la situació demana que així sigui segons el que el facultatiu li explica.

Fins ara hem vist com la fonamentació jurídica de la mesura d'internament s'ha basat en la protecció de dos béns superiors: primer, el de la llibertat personal, i ara el de la vida i la integritat física del malalt. Quina és la justificació que hi ha al darrere d'aquesta paradoxal mesura, és a dir, la privació de llibertat i posterior internament en un centre psiquiàtric per protegir la llibertat, la vida i la integritat física de la persona?

La Llei contempla la privació de llibertat amb fins *punitius* (en el cas dels delinqüents) i amb fins *terapèutics* (en el dels bojos). La pròpia Meritxell Torres en el relat de la seva experiència durant l'ingrés psiquiàtric, prefereix anomenar-la «presó» enlloc d'«hospital».²⁵

Haurem de considerar la categoria social i jurídica de la persona anomenada malalta mental, històricament coneguda com a *boja*. En relació a aquest tema, Boaventura de Sousa Santos (2003: 126) ens diu:

²⁵ Vegeu *infra* pàg. 100-101.

Per mitjà de les ciències humanes, transformades en disciplines, es crea un enorme dispositiu de normalització que, com a tal, és al mateix temps qualificador i desqualificador. La desqualificació com a boig o criminal consolida l'exclusió, i és la perillositat personal la que justifica l'exclusió. L'exclusió de la normalitat es tradueix en regles jurídiques que marquen elles mateixes l'exclusió. En base a l'exclusió es troba una pertinença que s'afirma per la no pertinença, una manera específica de dominar la dissidència.

Segons Boaventura de Sousa Santos, l'exclusió pressuposa un sistema jeràrquic, però dominat pel principi de l'exclusió: es pertany per la forma com s'és exclòs. Qui està a sota, està a fora. El criteri d'exclusió es basa en paràmetres culturals; en el cas dels malalts mentals en la «cientifització» de la normalitat, en la prohibició a ésser diferent. La funció de l'Estat, ens diu Santos, és la de distingir entre les diferents formes aquelles que han de ser objecte d'assimilació o, pel contrari, objecte de segregació, expulsió o extermini. «L'Estat ha d'intentar validar socialment aquesta repartició, recolzant-se en certs criteris: el boig o el criminal perillós i el que no ho és». (Santos, 2003: 129)

Com es justifica aquesta exclusió dels identificats com a malalts mentals? Ventura (2008) situa el problema en «la concepció que es tenia dels malalts mentals: éssers sense categoria de ciutadans, que es consideren empenyadors o, pitjor, perillosos». Recordem la Llei 16/70 de «Peligrosidad y Rehabilitación Social», de 4 d'agost de 1970, la qual declarava perillosos socials, entre d'altres, als homosexuals, indigents, alcohòlics i toxicòmans, malalts mentals i deficients.²⁶

Dins l'ordenament jurídic italià, a la Llei de 1904, trobem significatiu el control judicial de l'internament dels malalts mentals a Itàlia (cit. dins Bercovitz, 1976: 102):

Su internamiento urge, puesto que constituyen un peligro potencial permanente para la sociedad. De ahí que, junto con la posibilidad de un procedimiento expeditivo en casos de urgencia, a cargo de la autoridad de policía, se concede una auténtica acción pública para

²⁶ Vegeu articles 2, 3, 6 i 7 de la Llei dins *Boletín Oficial del Estado*, núm. 187 de 06/08/1970, pàg. 12551-12557.

solicitar el internamiento de los presuntos enfermos mentales. Cualquier persona está legitimada para ello, puesto que de esta forma realiza una acción en defensa de la sociedad.

La gestió controlada de l'exclusió es dona a través de polítiques, totes elles vinculades a l'universalisme antidiferencialista²⁷, en aquest cas sota la forma de normativitats nacionals i abstractes gairebé sempre traduïdes en llei.

En cap d'aquestes polítiques es va tractar d'eliminar l'exclusió, tan sols procedir a la seva gestió controlada. [...] es va fonamentar sempre en un judici de perillositat, segons criteris cognitius i normatius suposadament universals. Els grups que van quedar més enllà dels màxims de perillositat acceptable o tolerable foren segregats, no en guetos que podrien amenaçar la cohesió de la comunitat política nacional, sinó en institucions totals²⁸ regulades per l'exercici íntegre de l'exclusió. (Santos, 2003: 137)

Actualment, aquest judici de perillositat continua en relació als diagnosticats o identificats com a malalts mentals, però de forma implícita. Només així s'entenen les mesures paradoxals d'internament i incapacitació per tal de protegir la llibertat personal, la vida i la integritat física de la persona. Es justifica en base al risc potencial que té la persona afectada/diagnosticada per a si mateixa i els altres. Més que per fins terapèutics, s'explica l'internament per fins *preventius*.

La reivindicació de la igualtat dins la diferència

²⁷ Per l'ús del concepte d'universalisme antidiferencialista vegeu Boaventura de Sousa Santos (2003: 128-129). Segons l'autor, aquest dispositiu ideològic opera per la negació de les diferències, i així reproduïx la jerarquització que aquestes engendren.

²⁸ Al seu estudi sobre les institucions totals en general i en concret els hospitals psiquiàtrics, Goffman (2004: 13), les defineix com: «un lloc de residència i treball, on un gran nombre d'individus en igual situació, aïllats de la societat per un període apreciable de temps, comparteixen en el seu clos una rutina diària, administrada formalment».

La malaltia mental era un problema d'ordre públic, no un problema sanitari. El malalt era un marginat que s'havia de separar de la societat, tal com havia passat sempre, i no un ciutadà amb drets. (Ventura, 2008: 233-234)

Afegeix Josep M. Comelles (2006: 59) que a la primera meitat del segle XIX, la bogeria no era encara un problema terapèutic, sinó assistencial i tendia a créixer i créixer. Es desprèn d'això que la malaltia mental *ara* sí és un *problema sanitari o terapèutic*. Per tant, s'entén que ja no és un individu perillós, sinó res més que un malalt que cal curar. El malalt mental és un pacient i, com a tal, té un drets²⁹. El psiquiatre, en tant que el seu metge, té uns deures derivats de la relació terapèutica contreta amb el pacient.

Pel que fa al tracte que té la societat vers els seus bojos, David Cooper (1976: 44) va descriure com podria classificar-se una societat: en antropofàgia si als que eren diferents se'ls empassava i se'ls homogeneïtzava; o també de forma antropofòbica, si se'ls exclouïa en altres espais marginals. Les societats occidentals, com la nostra, compleixen aquesta doble funció: integren la major part de la població amb tècniques assistencials i deixen espais de marginació per on circulin els marginals. El psiquiatre és el que delimita per on circula cada un.

Aquesta noció classificadora de les societats ens remet, inevitablement, a l'evocada per Claude Lévi-Strauss (2005: 404) dins *Tristos tròpics*, no per més citada menys suggerent:

Penso en els nostres costums judicials i penitenciaris. Estudiant-los de defora estant, hom se sent temptat d'oposar dos tipus de societats: les que practiquen l'antropofàgia, és a dir, que veuen en l'absorció de certs individus detentors de forces terribles, l'únic mitjà de neutralitzar-les, i àdhuc d'aprofitar-se'n; i les que, com la nostra, adopten el que hom podria anomenar l'*antropemia* (del grec, *emein*, vomitar); situades davant el mateix problema, han

²⁹ Els drets i deures de les persones malaltes queden recollits en les lleis, que s'apliquen a l'Estat espanyol: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

A Catalunya també s'aplica: Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

escollit la solució inversa, que consisteix a expulsar aquests éssers temibles fora del cos social mantenint-los temporalment o definitivament isolats, sense contacte amb la humanitat, en establiments destinats a aquest ús.

La responsabilitat de l'internament dins un establiment psiquiàtric recau en bona part en la persona del metge, el qual certifica que se li privi de llibertat amb fins curatius a determinada persona. Tal com la defineix Àngel Martínez Hernáez (1998a: 85) es tracta de:

La ayuda de un profesional de la psiquiatría que conoce los mecanismos legales necesarios para demandar un internamiento no voluntario.

En el nostre context, en el del reconeixement de la pròpia identitat de les persones afectades/diagnosticades, hi ha d'haver un dret fonamental comú que garanteixi l'exercici de drets socials com són els de comunicació i expressió personal. Aquest dret el trobem a l'article 15 de la Constitució espanyola:

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

Qualsevol ciutadà té dret a la integritat física i moral de la seva persona. De la mateixa manera, el dret d'assistència sanitària que té el pacient comporta el deure professional del metge a assistir-lo. Esperem que a la pràctica es compleixi l'article 24 de la Constitució espanyola³⁰, el qual assenyala als poders públics les coordenades que

³⁰ Artículo 24. 1. Todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión.

2. Asimismo, todos tienen derecho al Juez ordinario predeterminado por la Ley, a la defensa y a la asistencia de letrado, a ser informados de la acusación formulada contra ellos, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa, a no declarar contra sí mismos, a no confesarse culpables y a la presunción de inocencia.

cal tenir en compte per tal de protegir els malalts psíquics: la protecció assistencial i la jurídica.

La magistrada del Jutjat de Capacitat i Estat Civil (Ventura, 2008: 292) ens diu:

Per tant, en les situacions d'internament, el jutge haurà de vetllar perquè es garanteixi la salut i també perquè la situació –que ha de ser excepcional– d'un internament psiquiàtric pertorbi el mínim possible l'exercici d'altres drets dels quals és titular el malalt mental.

Les paraules i les accions

La Llei General de Sanitat de 1986 assenyala la integració de l'hospitalització psiquiàtrica en els hospitals generals i marca la importància del treball comunitari. Així mateix, s'apuntava el paper que havia de fer l'atenció primària en salut mental i la necessitat d'un desenvolupament de programes de rehabilitació i reinserció social. (Aparicio Basauri i Sánchez Gutiérrez, 1997: 40)

Des de 1990, amb la creació del Pla de salut mental a Catalunya, ens trobem immersos dins un context de deshospitalització, basat en una estructura de dispositius diversos, els quals formen la xarxa de serveis en salut mental de Catalunya. Aquests serveis i recursos en salut mental depenen bàsicament en matèria mèdica del Servei Català de la Salut (SCS) i en matèria de prestacions econòmiques i residencials de l'actual Departament de Benestar Social i Família.

L'accés a prestacions i serveis socials es dona a partir del reconeixement de la condició legal de discapacitat. Una persona es considera discapacitada quan pateix una disfunció que afecta les seves capacitats en un grau igual o superior al 33 %. En teoria, els objectius que es busquen després d'aquesta classificació són: l'autodeterminació, la independència i el dret a escollir de les persones amb disminució, la seva inclusió social i integració sociolaboral.

La Ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos.

Segons la Llei 39/1991, de 30 de desembre, de la tutela i institucions tutelars, els serveis de la tutela tenen per a objectiu vetllar per la protecció integral de la persona tutelada i pel seu patrimoni d'acord amb el previst a la sentència d'incapacitació per tal d'aconseguir, paradoxalment, la màxima recuperació de la seva capacitat i la inserció dins la societat. Aquest punt és important atès que un nombre considerable dels identificats com a malalts mentals han estat i són declarats incapacitats a través d'una sentència judicial.

La figura jurídica de la incapacitació està regulada en el Codi civil. La incapacitat pot ser total o parcial (per exemple, limitant només la capacitat d'administració dels béns). En aquest últim cas, les limitacions han de ser concretades o puntualment determinades pel jutge. La incapacitació hauria de ser sempre parcial i temporal, segons conductes que es poden efectuar amb normalitat comuna.

L'article 63 de la Llei de la tutela i institucions tutelars refereix que són «declarades incapacitades per a qualsevol acte de gestió de la pròpia persona i els propis béns, per raó de la gravetat de llurs disfuncions psíquiques o mentals». L'article 66 afegeix: «Els actes realitzats per l'incapacitat són anul·lables d'acord amb la llei».

És a dir, que la persona declarada incapacitada és capaç de realitzar qualsevol acte. No està realment incapacitada per dur-los a terme. Si esdevé legalment incapacitada, per sentència judicial, és per tal de privar-la de realitzar-los. D'això se'n desprèn que la persona declarada incapacitada *hauria de poder realitzar* actes volguts i no imposats. Actes que expressin la seva identitat viscuda, no fictícia ni suplantada. Ens estem referint a un procés d'empoderament d'aquestes persones.

Recordem la Llei:

[...] per raó de la gravetat de llurs disfuncions psíquiques o mentals.

Segons el *Protocol per a l'aplicació de criteris de cribatge abans d'iniciar un procés d'incapacitació*³¹ (Hilarión, 2008: 21-22), són criteris bàsics per promoure el procés d'incapacitació:

³¹ Aquest protocol parteix del protocol sobre l'aplicació de la figura de la incapacitació legal en persones amb trastorns mentals i cognitius greus, dissenyat per Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental.

- El diagnòstic psicològic i psiquiàtric de malaltia mental o de dèficit greu basat en proves cognitives i psicològiques.
- La gravetat clínica.
- La dependència (i/o existència d'una vulnerabilitat molt important de la persona).
- La situació de risc social.

En l'àmbit de la salut mental, s'afegeix el consell de com a mínim un període de tractament, estabilització i/o observació de sis mesos, i sempre en absència de crisis o episodis aguts. Però com diu Gergen (2006: 82):

La patologia no existeix abans que els instruments de la prova transformin en patologia les paraules i les accions, els actes dels individus.

En conseqüència, hi ha actes vàlids per la llei i d'altres que no ho són en base «a determinades concepcions del bé que existeixen dins la cultura». (Gergen, 2006: 143). A determinats judicis normatius. Aquestes concepcions del bé tenen a veure amb l'esperit de protecció que –interpreto– emana de la llei.

Bercovitz (1976: 34, 36 i 56) ha apuntat que la incapacitació i la tutela dels malalts mentals, previstes al Codi civil, apareixen com a institucions de caràcter fonamentalment patrimonial; només serveixen per a protegir els malalts rics. Com suggereix Ignasi Terradas (comunicació personal), també serveixen per a protegir els pobres a no empobrir-se més. És el cas, per exemple, d'una persona pensionista. «Este patrimonio es lo que interesa a la sociedad y no la situación personal del enfermo mental», conclou Bercovitz.

En la nostra legislació, durant més de cent cinquanta anys, malgrat la protecció que es feia de la persona, aquesta protecció era secundària a la protecció del seu patrimoni; i encara ara, el nombre d'articles que es dedica dins la tutela a la protecció econòmica de l'incapaç és superior al dels que es dediquen a la seva protecció personal, molt especialment si la incapacitat

no és total i és una curatela en la qual la protecció està limitada al control econòmic del curatelat. [...] fins a la darrera reforma legal³², el nombre de persones que intervenien en la tutela –tutor, protutor, administrador, consell de família, etc., que ja tenien l’origen en les partides– i la referència d’inventaris, fiances, comptes i retribucions evidenciaven que si no hi havia un patrimoni mínim a organitzar no tenien cap sentit. (Ventura, 2008: 247)

Les *Partides*, en majúscula, a les quals fa referència Ventura són les *Siete Partidas* d'Alfonso X «el Sabio» (1843). En concret, s'al·ludeix a la Partida sisena, al seu títol setzè, quan diu (1843: 742-769):

De como deuen ser guardados los huérfanos, e los bienes que heredan después de muerte de sus padres. [...] Ley 1. Que cosa es guarda, a que dizen en latin Tutela, e a quien deue ser dada. [...] Ley 4. Quien puede ser dado por guardador de huérfanos, e de sus bienes; e por cuyo mandado. [Fins a la Llei 21 que diu:] Fasta quanto tiempo deue durar la guarda, e el oficio de los guardadores de los huérfanos; e como deuen dar cuenta de los bienes dellos.

El valor real que té la definició o el qualificatiu habitual del Dret civil com a Dret de la persona, és a dir, com aquella part del Dret que té una preocupació més directa per protegir els valors més genèrics de la persona, tindrà per força una càrrega ideològica:

El Derecho civil sólo se ocupa de un determinado tipo de persona, la que es titular de bienes, el propietario. Aún es más, resulta que lo único que le interesa al Derecho civil es proteger esa propiedad en sí misma, funcionalizarla para la sociedad, para la familia del enfermo. (Bercovitz, 1976: 36)

La figura del malalt mental s’engloba dins del terme *incapacitat*, que inclou a sord-muts, pròdigs, interdictes i malalts mentals, fent referència a majors d’edat

³² Vegeu Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad (BOE, núm. 277, de 19-11-2003, pàg. 40852-40863).

incapacitats per alguna causa. La categoria jurídica resultant per assimilació és la de menor d'edat. Bercovitz (1976: 46-50 i 62) demostra que la protecció tutelar que el Codi civil subministra a la persona de l'incapaç està pensada en realitat per al menor i no pas per als majors incapacitats. Contraposa la poca concreció del Codi civil referent a la protecció de la persona del major incapacitat amb els articles dedicats a la tutela dels menors, suficients per saber que s'està pensant bàsicament a aplicar els criteris propis de la pàtria potestat.

La declaració d'incapacitat pot promoure-la:

La família legitimada (ascendents i descendents directes, germans i cònjuges o qui es trobi en una situació de fet assimilable); la pròpia persona objecte d'incapacitació; els pares o el tutor legal, quan la persona és menor, i la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) en el cas de menors tutelats; i per últim, el Ministeri Fiscal, per iniciativa del mateix fiscal, per informació de l'INSS (incapacitats de llarga durada) i a través d'informació facilitada per ciutadans, professionals o no.

La Declaració Universal dels Drets Humans (1948) reconeix els drets següents:

Article 3. Tota persona té dret a la vida, a la llibertat i a la seva seguretat.

Article 5. Ningú no serà sotmès a tortures ni a penes o tractes cruels, inhumans o degradants.

Article 22. Tota persona, com a membre de la societat, té dret a la seguretat social i a obtenir, mitjançant l'esforç nacional i la cooperació internacional, segons l'organització i els recursos de cada país, la satisfacció dels drets econòmics, socials i culturals indispensables per a la seva dignitat i el lliure desenvolupament de la seva personalitat.

Emparant-se en aquests drets universals, les persones *incapacitades* o *en procés d'incapacitació* haurien de poder -insistim- recuperar el sentit de poder i d'acció. En definitiva, l'activitat fonamental humana que Hannah Arendt (1998: 8), al seu llibre *The Human Condition* (ed. or. 1958), relaciona amb el valor de la ciutadania. A partir de

l'acció, l'ésser humà desenvolupa la capacitat que li és més pròpia: la capacitat de ser lliure.

Com hem subratllat, les paraules i les accions, els actes dels individus declarats incapacitats, transformats en patològics, deixen de ser actes vàlids davant la llei.

L'abraçada

Per acabar aquest subcapítol dins el context més general de l'itinerari de Meritxell Torres esbossaré els conceptes d'autoritat i de legitimitat en relació als drets de les persones diagnosticades amb malaltia mental.

En primer lloc, cal preguntar-se quina és la veritable habilitat, o poder, o control que hi ha al darrere de l'assignació d'autoritat. Es tracta de l'autoritat mèdica o del psiquiatre, però també la indústria químicofarmacològica. Aquesta autoritat no es pot deslligar del biologisme que impera actualment en la manera de pensar i actuar biomèdica.

Segons diu Eduardo L. Menéndez (2005: 45-46):

La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica, que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas sobre la causalidad de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como en una constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a [salud/enfermedad/atención].

Per aquesta noció d'autoritat em remeto a la dimensió especial que té la psiquiatria pel fet d'estar situada dins la confluència de la medicina, la psicologia i el dret (Aparicio Basauri, 1997). La psiquiatria és l'única activitat mèdica que arriba a privar als seus malalts dels atributs jurídics de persona social. L'autoritat s'encarna, en aquest cas, en la figura del psiquiatre. És ell o ella qui delimita per on circula cadascú.

Aparicio Basauri (1997: 33) ha analitzat la tensa relació entre psiquiatria i dret, fruit, a parer seu, de la difícil confrontació entre una visió necessàriament subjectiva de la persona (la de la psiquiatria) i la visió suposadament objectiva que representa el dret com a norma, la qual cosa condueix a importants diferències epistemològiques, metodològiques i polítiques.

Ens diu el Dr. Jordi Marfà³³, psiquiatre d'orientació psicoanalítica, que «en el cas de la salut mental, no es pot quantificar el sofriment mental de la persona». Vet aquí la visió necessàriament subjectiva de la persona dins la psiquiatria. Les diferències entre la pràctica clínica i la pràctica investigadora farmacològica porten, no obstant, a un conflicte d'interessos: entre l'interès de guarir i el de guanyar diners. «Generalment -diu el Dr. Marfà- no són les mateixes persones les que exerceixen la clínica i la investigació. S'oblida allò que no hi ha *malalties*, sinó *malalts*».

El model biològista, també anomenat paradigma neokraepelià, centra la seva atenció en la suposada malaltia més que en el presumpte malalt. Recordem la cita del Dr. Sachs dins la pel·lícula de 1999 dirigida per Michel Deville (basada en la novel·la homònima de Martin Winckler), *La maladie de Sachs*:

Les malalties porten el nom dels metges que les han descrit, si no observat per primera vegada. Mai no porten el nom de la persona que les va patir, i això demostra fins a quin punt les malalties pertanyen als metges. A una casta.

Aquesta casta mèdica és cada cop més la burocràcia, entesa en termes de Gramsci (1968: 158-159), com «la cristallització del personal dirigent, el qual exerceix el poder coercitiu i esdevé, fins a un cert punt, casta».

Per la seva banda, Castel (1984: 26) definia el paper que li havia tocat fer a la psiquiatria com el del «mal objecte», fàcilment relacionada amb una funció administrativopolítica directament lligada al poder de l'Estat i executora d'una acció

³³ Entrevistat el dia 26 de novembre de 2010 dins la seva consulta privada. L'entrevista dura al voltant d'una hora. El Dr. Jordi Marfà exerceix de psiquiatre des de l'any 1975. Actualment, és director del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA-II) de Badalona i coordinador del Grup Promotor del Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM).

essencialment coercitiva. Es dóna una contraposició de visions entre pacients i metges, entre els drets dels pacients i el poder dels metges.

En quant a la legitimitat, ens estem referint a la qüestió següent: entre qui existeix acord al voltant que l'autoritat sigui legal o legítima? Parlem de la legitimitat científica i més específicament la que confereix tot diagnòstic psiquiàtric, ja que aquest legitima el tractament a seguir.

Tractant el tema de la confidencialitat del diagnòstic, el Dr. Marfà defensa que «el diagnòstic és del pacient». És la identificació d'un problema, ens informa del que li està passant a la persona. S'utilitza per a classificar la persona tot posant nom al trastorn mental que li afecta, i esdevé un mitjà, una eina, per al posterior pronòstic, evolució i tractament del pacient. Ens diu Jordi Marfà: «El perillós del cas és que el diagnòstic es converteixi en la seva *identitat*».

Els Manuals Diagnòstics i Estadístics dels Trastorns Mentals (DSM) no deixen de ser un consens mèdic, que serveix per a la comunicació entre professionals. La lògica dels DSM obeeix a l'equiparació entre un trastorn mental diagnosticat i un determinat fàrmac. Però com diu Neus Barrantes-Vidal³⁴, que es defineix com a especialista en psicologia clínica, els DSM ajuden a establir una preferència de símptomes clínics.

Ens diu: «No és com si existís una entitat anomenada «esquizofrènia», sinó un conjunt de símptomes que pateix la persona i que estan resumits amb la categoria «esquizofrènia». Els diagnòstics són un constructe, no s'ajusten realment al sofriment mental de la persona». La dificultat, ens diu Neus Barrantes-Vidal, rau en el fenomen de la comorbiditat psiquiàtrica, és a dir, la confluència de diferents diagnòstics assignats a una mateixa persona.

El psiquiatre Carlos Castilla del Pino, dins el pròleg de Rodrigo Bercovitz (1976: 16), troba absoluta coherència entre una consideració despersonalitzada del boig per part de la psiquiatria i una consideració despersonalitzada del boig per part de les

³⁴ Entrevistada el dia 22 de desembre de 2010 dins el seu despatx del Departament de Psicologia Clínica i de la Salut de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). L'entrevista dura uns quaranta-cinc minuts. Neus Barrantes-Vidal és Dra. en Psicologia, professora titular i investigadora clínica a la UAB. Va realitzar el Màster en Diagnòstic i Tractaments Psicològics a l'Hospital Clínic de Barcelona. L'activitat investigadora que desenvolupa s'ha centrat en l'estudi de factors de risc per als trastorns de l'espectre psicòtic, especialment en l'esquizotípia, així com també en el paper de la interacció gens-ambient en la gènesi i patoplàstia dels trastorns depressius.

institucions jurídiques. Castilla del Pino es dedica a posar en qüestió el diagnòstic psiquiàtric com a procediment científic. Segons ell, *qualsevol pot ser considerat pacient psiquiàtric*:

La laxitud del diagnòstic psiquiàtric se basa en lo siguiente: el diagnòstic se lleva a cabo a través de la conducta. La conducta está sujeta a reglas cuya codificación es informal (o implícita); se trata, en suma, de reglas sociales. Cualquier conducta puede ser reputada como anormal, bastando para ello que sea considerada tal por el implícito código del psiquiatra. [...] La suciedad o el aseo, el desorden o el orden, hablar bajo o en alto, reír mucho o no reír, y así sucesivamente, pueden ser puestos, real o virtualmente, en la escala de evaluación como síntomas neuróticos o psicóticos. En efecto, cualquier conducta puede ser expresión de una anormalidad psíquica.

En aquest sentit, Robert Castel (1984: 131) diu referint-se als fets que suposen una desviació del comportament en relació a una norma social:

La categorització medicopsicològica els converteix en una dimensió personal: el retard suposa que s'és un feble, donar signes d'hiperactivitat que s'és un caracterial, tenir dificultats de contacte ésser psicòtic o autístic. La referència al saber té una funció legitimadora indispensable en tant que confereix garantia científica a un judici normatiu.

La proliferació de categories de desordre mental dins els DSM contribueix a la legitimació a la qual ens estem referint. Segons Kleinman (cit. dins Martínez Hernáez, 2006: 2271), respon a una «fal·làcia categorial», efecte que es produeix quan s'utilitzen les categories psiquiàtriques com a realitats més que com a representacions. El diagnòstic psiquiàtric aporta informació relativa als anomenats símptomes de la malaltia mental³⁵, al seu curs i el seu pronòstic. Però, aporta també informació sobre parts constitutives de la persona diagnosticada?

³⁵ Per a una distinció entre *signe* i *síntoma* vegeu MARTÍNEZ HERNÁEZ, Àngel (1995: 49-55; 1998b).

Neus Barrantes-Vidal, la psicòloga clínica consultada sobre el tema, fa una distinció entre psiquiatres i psicòlegs: diu que els primers veuen el pacient des de la malaltia i els segons des de la normalitat. Els psiquiatres incorporen dins la seva formació mèdica aquest punt de partida des de la malaltia (els símptomes). Quan li pregunto a la psicòloga clínica sobre les queixes de pacients en salut mental que arriben a confondre la seva forma de ser (diguem-ne: personalitat) amb els símptomes de la malaltia, Neus Barrantes-Vidal pot entendre les queixes sota el seu enfocament clínic, segons el qual la personalitat es forma a partir d'una predisposició genètica més la influència de factors externs/ambientals.

Per exemple, una persona pot néixer amb una predisposició genètica a l'«ansietat» que, sumada a determinats factors ambientals que afavoreixen «conductes ansioses» de forma prototípica, porten la persona a l'«ansietat patològica». De la *normalitat* a la *patologia*. En canvi, diu Neus Barrantes-Vidal, «en general, els psiquiatres parteixen de la malaltia, dels símptomes».

Però, poden entendre's les conductes de la persona amb predisposició ansiosa, tot allò que fa per viure amb aquesta, com a recursos adaptatius que psiquiàtricament són considerats patològics? Existeix un debat acadèmic al voltant d'aquesta qüestió. De manera que depèn del professional de referència, de qui acabarà depenent en última instància la definició del diagnòstic i el procediment a seguir, l'actuació serà una o una altra.

Com diu Habermas (1987: 459):

La legitimitat del poder que l'Estat modern monopolitza consisteix en la legalitat de les decisions, en l'observança de procediments jurídics, amb la qual cosa la legalitat acaba basant-se en el poder dels qui poden definir què és el que ha de considerar-se un procediment legal.

Franco Basaglia (1978; cit. dins Ventura, 2008: 278) va definir la psiquiatria com l'abraçada mortal entre la medicina i la justícia. El títol del meu subcapítol s'explica com una apropiació no dissimulada d'aquesta cita de l'ideòleg del moviment de l'antipsiquiatria. Parafrasejant Basaglia, doncs, l'abraçada entre la psiquiatria i la

justícia certifica el tipus d'identificació política a la qual estarà sotmesa la persona identificada com a malalta mental.

És a dir, seguint Terradas (2000: 32-33), la identificació política «utiliza la identidad para identificar. Y este es un proceder ajeno a la identidad como algo vivido. Es su alienación: reducción y conversión abstracta de una memoria de vida en un signo de pertenencia o estigma político».

He intentat analitzar les mesures de protecció jurídica i personals referents a les persones afectades/diagnosticades amb trastorn mental des de l'òptica del reconeixement de la seva identitat. I em pregunto: el de malalt mental és el cas d'un subjecte que ha de tenir un règim jurídic diferenciat? Si en el desenvolupament de la seva vida infringeix la llei, hauria de ser jutjat davant d'aquesta i rebre el càstig que s'hi preveu. Com qualsevol altre ciutadà davant la mateixa llei. Si se'l considera malalt, se li hauria de garantir una assistència sanitària. Com qualsevol altre ciutadà dins el sistema de salut. I si se l'ha de tancar amb fins punitius, s'hauria de fer amb les condicions sanitàries adequades per a la seva persona.

Estic en contra de tancar amb fins preventius aquestes persones degut a una perillositat (encara avui dia resta implícit aquest concepte) en molts casos no demostrada. Sembla ben bé que els sistemes jurídic i sanitari segueixin al peu de la lletra el refrany que diu «més val *prevenir* que *curar*».

L'hegemonia aquí té a veure amb forces molt materials: la forma en la qual les estructures socials, polítiques i econòmiques de la dominació mèdica i l'economia de les farmacèutiques transformen les categories clíniques diagnòstiques en entitats reals, en termes de l'experiència viscuda dels diagnosticats.

Els diagnòstics, que no s'ajusten al sofriment mental de la persona des de l'experiència, es converteixen en la persona? Vet aquí un perill real. La confluència entre les esferes legal i sanitària *ataca* la identitat viscuda de les persones diagnosticades. Mesures com l'internament involuntari i la incapacitació, previstes per la llei, van en contra d'aquesta noció d'identitat. Les persones podrien estar malaltes, però com podrien estar malaltes les seves identitats?

UNA XARXA INFORMAL PARAL·LELA

Paral·lelament a la xarxa formal de serveis en salut mental (unitat psiquiàtrica de l'hospital general, Centre de Salut Mental d'Adults, centres ocupacionals, hospitals de dia, centres de dia, pisos assistits, etc.), trobem el que hem anomenat una xarxa informal paral·lela de recursos. Aquests nous dispositius no es defineixen ni com a assistencials, ni com a terapèutics. I de la mateixa manera que els programes de rehabilitació psicosocial esmentats tampoc no són capaços de cobrir el buit de protecció social que la *Gemeinschaft* o «comunitat» ens ha deixat. Però en qualsevol cas, ajuden.

En una crítica a Castel (1984), Josep M. Comelles (2003: 118-119) parla de noves identitats socials com a estratègies ciutadanes inclusives:

En ningún caso Castel se planteó, a finales de los setenta, que el problema de la crisis del Estado del bienestar había dejado de ser un problema de *cantidad* basado en indicadores sanitarios que responden a problemas masivos de la población (la incidencia de epidemias por ejemplo), para serlo de *calidad* en la atención a mosaicos de grupos discretos de afectados por enfermedades y problemáticas sanitarias singulares (discapacitados, escleróticos en placas, familiares de enfermos mentales, etc...). En la medida que Castel había profetizado en 1981 la gestión de los riesgos, los había concebido en un escenario de exclusión, cuando los hechos muestran que precisamente esos nuevos movimientos operan como estrategias de la ciudadanía para asegurar su incorporación a un proyecto de ciudadanía inclusivo pero en el cual la conciencia ya no es exclusivamente la de clase sino también la conciencia de una identidad distinta.

ADEMM (1992), Imagina (1998), Nikosia (2003) i Sarau (2009) són associacions de diferent recorregut, però totes elles poden considerar-se grups actius en la lluita pels drets de les persones. Com diu Edgar, amic meu, fundador i president de Sarau, avui dia ADEMM, Nikosia i Sarau estan traient a la llum pública temes i visions prou significatives sobre la salut mental. Es tracta d'associacions que promouen la reflexió i que es declaren en lluita contra l'estigmatització que afecta al col·lectiu de persones diagnosticades.

Les persones diagnosticades o identificades com a malaltes mentals, reduïdes a un estatus subaltern al si del règim sanitari jeràrquic de metges i pacients, poden provar de negar legitimitat científica als primers, conscients que no podrien alliberar-se'n per la força. La crisi d'hegemonia de la classe dominant, interpretant Gramsci (1968: 103-104), és la «crisi d'autoritat», que en el nostre context -com hem vist en el subcapítol anterior- és mèdica. Això porta a les classes definides com a subalternes a parlar d'estigmatització i de la teoria de l'etiquetatge social (*labeling*) en fòrums diversos dedicats a temàtiques de salut mental.

Cap d'aquestes associacions que agrupen persones afectades/diagnosticades, com ADEMM o Nikosia -i que he conegut durant el treball de camp antropològic- formen part de FECAFAMM (Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals).

FECAFAMM aglutina a hores d'ara cinquanta-tres associacions integrades per familiars i persones amb problemes de salut mental³⁶. Són associacions, la característica bàsica de les quals rau en el fet d'estar organitzades i orientades per les mateixes persones que pateixen o copateixen aquesta mena de problema de salut. Algunes d'elles, com ATAGAM (Associació de Trastorns d'Ansietat, Grups d'Ajuda Mútua) o Aixec, són associacions d'usuaris de salut mental, però la majoria representen els familiars de les persones diagnosticades.

Són diferents els interessos de les unes i de les altres: de les persones usuàries i les familiars? A quina associació de persones representa una federació com FECAFAMM?

Tradicionalment, FECAFAMM aglutina les associacions de familiars. La segona part de les sigles de la federació (FAMM) així ho fa evident. Però això no explica per què algunes associacions d'usuaris (com ATAGAM o Aixec) s'hi adhereixin i d'altres decideixin no fer-ho. Podem trobar el motiu en el fet que d'uns anys ençà, les persones diagnosticades han pres la paraula per a representar-se a si mateixes, enlloc de les seves famílies. Citarem els casos d'ADEMM (Usuaris de Salut Mental de Catalunya) i de Nikosia de forma representativa.

ADEMM va néixer l'any 1992 des de la iniciativa d'un grup d'usuaris, ajudats pels treballadors socials del Centre de Dia Pi i Molist de Barcelona. Més tard, el

³⁶ Agraïixo a Sandra, tècnica de comunicació de FECAFAMM i participant a més del grup de Teatre de l'Oprimit, els seus comentaris que m'han ajudat a elaborar aquesta part del context de la recerca.

col·lectiu va ser acollit dins la seu d'AFAMMCA (Associació de Familiars), però l'any 2002 un grup d'associats va decidir donar un impuls al moviment d'usuaris i desvincular-se dels familiars. Pel que fa al cas paradigmàtic de Nikosia, els seus *locutors* prenen literalment la paraula.

Aquest fet, junt amb diferents postulats ideològics defensats per les associacions de familiars (ens referim a discursos paternalistes, en bona mesura), expliquen la no adhesió de determinades associacions de persones usuàries de salut mental.

Ràdio Nikosia

Meritxell Torres, la protagonista de l'itinerari d'aflicció que hem pres per a l'anàlisi, forma part del col·lectiu Ràdio Nikosia des de 2007.³⁷ Nikosia és una emissora de ràdio realitzada per persones afectades/diagnosticades amb trastorn mental, que va començar a emetre el mes de febrer de 2003 i que compta amb la participació oberta de persones amb i sense l'experiència diagnòstica a les seves vides.

Com la defineixen Correa-Urquiza et al (2006: 50), l'experiència de Nikosia, que resulta d'un procés d'investigació-acció-participació, constitueix un exercici de devolució de la paraula a les persones afectades des dels mitjans de comunicació; concretament des d'un programa radiofònic. Nikosia transmet en directe els dimecres de 16h a 18h des de Contrabanda FM, al 91.4 FM de Barcelona, una emissora coordinada per l'associació del mateix nom i que porta vint anys amb un projecte de comunicació lliure, no comercial i comunitària a la ciutat de Barcelona. És a dir, Contrabanda FM actua sense afany de lucre i amb una lògica que resta al marge de la idea d'una empresa de comunicació.³⁸

Per tal d'il·lustrar l'espai de Ràdio Contrabanda FM, la base central del dispositiu Nikosia -on es donen lloc les assemblees i els programes de ràdio nikosians- em valdré de les notes de l'antropòleg i coordinador del projecte de Ràdio Nikosia, Martín Correa

³⁷ Escrit així, amb lletra ca, per distingir-se de la capital de Xipre, Nicòsia. El gentilici és nikosià. Es pot entendre com el nom que prenen els participants del projecte Nikosia en tant la seva nova identitat social.

³⁸ Vegeu Correa-Urquiza (2009: 55-57) per a una definició més informada de Contrabanda FM, amb la seva condició de ràdio alegal, així com per a la presentació del projecte de Nikosia seguint els passos relatius a les normes de funcionament de l'Associació Cultural Contrabanda FM.

(2009: 57-58). Els seus vuit anys amb la doble realitat d'etnògraf i etnografiat, dins Nikosia, li han permès fer una descripció molt més acurada d'un espai que coneix molt millor que jo:

En la entrada a la emisora hay un extenso pasillo que lleva a una sala de reuniones y a los dos estudios. Las paredes forman un patchwork heterogéneo: están totalmente cubiertas con una maraña de pósteres y carteles que en clásico blanco y negro reivindican las luchas de los movimientos sociales, batallas cotidianas, callejeras, legítimas y necesarias. La pintura que alguna vez fue blanca es ahora amarilla y a trozos, descascarada. Hay un ambiente cálido, hay algo que abriga en Contrabanda. Uno se siente acogido por la simpleza, por la informalidad, por esa estética sin pretensiones, por esa persistencia en mantenerse en pie. No hay alfombras, ni agentes de seguridad, ni tornos magnéticos por donde pasar ninguna tarjeta de identificación. Al entrar no hay nadie que pida explicaciones, ni nadie a quien dárselas. Sólo un radiotransmisor antiguo emitiendo incansable, un piano desafinado que lo sostiene, pilas de discos desteñidos de los años 60, 70, una bicicleta vieja desinflada y toneladas de papeles amontonados de origen y futuro incierto. Allí cada socio llega, hace su programa, conversa con quien se cruza y siempre hay algo que termina en tertulia. Los grandes momentos de interacción tienen lugar durante las asambleas mensuales: maratones de hasta siete horas de duración en las que las distintas comisiones -técnica, limpieza, programación, etc.- se ponen al día mutuamente de las actividades realizadas y por realizar. Es una cooperativa y todos cuidan y bregan por los equipos técnicos que son de propiedad colectiva. Quizás también fueron todas estas cualidades las que hicieron que veamos en este espacio el terreno exacto en donde organizar la base central del dispositivo Nikosia.

El dispositiu Nikosia no es defineix ni com a terapèutic, ni com a assistencial. Es tracta d'un espai aliè a l'àmbit terapèutic i nosològic. Des dels primers dies de 2008, Nikosia es constitueix en Associació Sociocultural i es desvincula de l'Associació Joia, des de la qual va partir el projecte. A hores d'ara, Nikosia es troba en el procés d'una nova etapa amb la seva constitució com a Club Social, un nou servei de l'associació i l'Institut Català de Serveis Socials (ICASS) del Departament de Benestar Social i Família, ja en funcionament des del passat 2010.

Reunit el grup en assemblea del dilluns 4 d'octubre de 2010, vaig apropar-me a l'Associació Sociocultural Ràdio Nikosia amb un rol de col·laborador extern. Vaig

prendre la paraula en assemblea per tal de proposar a un grup d'entre 20-30 persones la seva col·laboració amb el meu projecte de recerca. Vaig demanar-los poder formar part de la dinàmica del grup. No hi va haver inconvenient per part seva, essent el grup obert a tothom. L'única condició que em va posar Dolors, l'actual presidenta de l'associació, és que si citava «Ràdio Nikosia», com és el cas, els agradaria tenir una còpia de l'informe final que presentés a la Universitat.

A la meua presentació davant el grup, vaig intentar deixar clar que Ràdio Nikosia no era l'objecte del meu estudi, sinó un espai des del qual podia observar aspectes de la meua recerca. Vaig explicitar-los: l'anàlisi dels conceptes d'identitat i identificació aplicats al camp de la salut mental. Vaig afegir, també, que partia de la idea que tot diagnòstic psiquiàtric és una identificació. José Luís, nikosià de quaranta anys, va respondre tot seguit dient: «Yo soy Napoleón». Vaig pensar que segurament amb aquest comentari seu aprofundia en el clixé alhora que em prenia una mica el pèl.

Alberto, d'entre els més veterans dels nikosians, assentia amb el cap davant la meua proposta i acompanyant el dit índex a l'alçada de l'ull, deia comprensiu: «Echarás un ojo por aquí...». A mirar, justament, a aquesta activitat vaig dedicar-me els primers dies, com d'altra banda fan igualment un seguit de redactors, locutors i altra mena de participants, tant en l'assemblea dels dilluns com en el programa radiofònic dels dimecres. No es discuteix això, són tots ells *nikosians*.

A Nikosia és costum, quan algú arriba o se'n va, que saludi amb una encaixada de mans, una abraçada o dos petons un per un a tots als presents. Tant se val l'hora que arribi la persona saludada, s'admet la no puntualitat i tot esdeveniment nikosià suposa un entrar i sortir constant de persones. A l'hora de marxar, les salutacions de comiat s'allargassen com si no s'haguessin de tornar a trobar amb molt de temps. Tot això esdevé un etern acomiadament com una manera de no voler dir-se adéu. T'acomiaades d'una persona al passadís i la retrobes minuts després escales avall o a l'entrada del carrer, encara acomiadant-se d'altres persones. Jo mateix, al cap de dues setmanes d'absència, vaig trucar per telèfon dins el programa en directe dient-los que els estranyava molt.

Recordo una frase -gairebé un axioma- que va utilitzar el Dr. Jordi Marfà durant la conversa que vam mantenir a finals de novembre de 2010, que diu: «Com més

saludable és l'entorn, millor salut mental». Ell posava l'exemple de Nikosia com a espai on es dóna aquest ambient saludable.

L'antropòleg Josep Canals, convidat a la ràdio el 20 d'octubre de 2010, defineix un Grup d'Ajuda Mútua (GAM) com un grup de persones que comparteixen no un mateix problema, sinó una història viscuda que els uneix. Segons Canals, allò essencial per definir un GAM és conèixer qui pren la paraula, si és horitzontal o vertical. Afirmar que «l'únic vertical que té Nikosia són les escales que es pugen per arribar-hi».

Quan Nikosia aposta l'any 2008 per desvincular-se de l'Associació Joia es justifica entre altres raons per la necessitat d'apostar per un projecte autogestionat (Correa-Urquiza, 2009: 85). S'hauria d'entendre més aviat com la formulació d'un ideal més que la realitat pràctica de l'associació, donat que en ocasions no es dóna o no és possible la presa de decisions de forma horitzontal. Aquesta, almenys, és la meua impressió després de nou mesos més o menys intensos d'observació participant, de setembre de 2010 a maig de 2011.

Al llarg de la meua primera estada a Ràdio Nikosia, que va durar cinc mesos, vaig rebre diferents propostes de participació.

La primera va ser la d'Alberto, feta al carrer, a la sortida d'una assemblea, de la qual Alberto havia sortit com a coordinador d'un programa dedicat al tema de les xarxes. La meua inclusió al grup de Teatre de l'Oprimat amb Pallapupas, juntament amb diferents nikosians, em permetia parlar des de la meua visió de persona «no afectada amb trastorn mental». Això és el que em va proposar Alberto. Li interessava que parlés de la meua experiència compartida amb persones afectades (com ell) sent jo -podríem dir, temporalment- no afectat.

També Óscar, a la sortida d'una sessió de Teatre de l'Oprimat, a l'andana del metro, va animar-me a dir per antena una reflexió personal per al proper programa. En aquell cas, dedicat a les negligències mèdiques. La meua primera incursió radiofònica, per això, va haver d'esperar un temps més.

Al treball de camp a Nikosia vaig coincidir amb un seguit de persones que com jo li eren atribuïdes el rol de col·laboradores externes. Va ser el cas de Sílvia, estudiant d'antropologia de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), que feia l'assignatura

de treball de camp a Ràdio Nikosia i que em va advertir d'una confusió de rols que al meu parer és d'allò més sana.

Col·locats a l'entrada de l'estudi de Contrabanda, un al costat de l'altre, durant l'emissió radiofònica d'un programa nikosià, Sílvia em deia en veu baixa que no tenia clar a vegades qui era qui entre els assistents a Nikosia. Qui estava diagnosticat amb trastorn mental i qui no. De fet, en no veure's diferències aparents, ella dubtava si jo també havia estat diagnosticat amb algun trastorn mental. No va ser la primera ni seria l'última vegada que es produí aquesta confusió.

Un altre dia, en el mateix punt, al llindar de la porta de l'estudi, Óscar pregunta a una nouvinguda: «¿Y tú quién eres?». O el que és el mateix, «tu, identifica't». Qui dius que ets? D'alguna manera es repeteix sovint aquella situació que descrivia Jean-Paul Sartre (2005: 100) a *La naúsea*:

Aleshores, sense deixar de riure, prova damunt meu el foc terrible de les seves pupil·les. Ens mirem en silenci durant breus segons; m'examina de cap a peus fent el miop; em classifica. En la categoria dels guillats? ¿En la dels trinxeraires?

En el trajecte de metro d'Espanya a La Sagrera, a la sortida d'una sessió de Teatre de l'Oprimit, Óscar es va assabentar, sorprès, que jo no estava diagnosticat. Va sorgir com a tema de la conversa la meva situació econòmica i, davant una pregunta seva, vaig contestar-li que no era pensionista. Mai no vaig dir que fos diagnosticat amb algun trastorn mental. Ni tampoc no vaig ocultar mai la meva condició d'antropòleg. Em vaig presentar, com ja he explicat, dins una assemblea nikosiana de dilluns, però és comprensible que hi hagués nikosians que, o bé absents aquell dia, o simplement per no haver-li donat més importància i haver-ho oblidat, desconeguessin el fet que jo fos un antropòleg al camp. D'altra banda, jo no em podia estar presentant a cada moment, tampoc no ho fan així els nikosians.

La reacció d'Óscar, davant la notícia, va ser acudir-se-li noves idees per al programa que estàvem pensant coordinar junts. Pretenia presentar-nos, a mi com a «Óscar cuerdo» i a ell com a «Óscar loco». Li vaig dir que ni pensaments.

Sarau

Sarau és una entitat sense ànim de lucre, fundada l'any 2009 per professionals de l'àmbit social i formada íntegrament per voluntaris. L'associació té com a projecte principal l'anomenat oci inclusiu. Organitza diferents tallers i sessions de discoteca obertes a tothom, especialment dissenyades pel col·lectiu de joves i adults amb alteracions mentals, «amb les consignes de festa, autonomia, qualitat i diversió». Aquestes festes se celebren els dissabtes en un dels locals nocturns de l'Antiga Esquerra de l'Eixample de Barcelona.

A Sarau vaig desenvolupar un rol de voluntari en els diferents programes d'oci que componen l'associació. Vaig participar en activitats com les que integren el programa d'oci creatiu (tallers artístics de fang, pintura i maquillatge) i el programa d'oci lúdic (activitats recreatives i culturals com la sortida al parc d'atraccions de Port Aventura). Però principalment a les sessions de discoteca, que representa el principal d'aquests programes, el d'oci festiu. Vaig ocupar-me com a voluntari del servei de guarda-roba inclòs amb l'entrada.

La discoteca se situa en una planta baixa amb una capacitat de 120 persones aproximadament. Els convidats van arribant, vénen principalment en grups reduïts, procedents de les residències on viuen i acompanyats per les seves educadores de suport. Aquestes tenen la tasca d'acompanyament i d'animació, si cal. Mentre que els voluntaris de Sarau desenvolupen alhora diferents funcions: de bàrman, de porter, de guarda-roba, també d'acompanyament i animació, si cal, i abans de marxar, de la neteja del local.

A la discoteca s'ofereixen begudes alcohòliques o no en funció de la sessió (si és Sarau o Sarau Club) i música per mitjà de Spotify, un servei de música digital, que dóna accés a milions de cançons i que controla el discjòquei/bàrman de la sessió. Ell és Edgar, el fundador de Sarau.

Definit com a integrador social, Edgar té actualment vint-i-cinc anys, els cabells rinxolats, castanys clars, va néixer i viu a Barcelona. Durant les festes a la discoteca es mostra accessible, alhora que ocupat servint copes. A més, exerceix de director de relacions externes, ja que elabora una base de dades composta per més de seixanta associacions dins l'àmbit de les discapacitats, de pares i mares de fills discapacitats, de

residències, centres de dia i tallers ocupacionals, a més d'altres contactes que sorgeixen arrel de les sessions de discoteca i que constitueixen els destinataris de les activitats organitzades i ofertes per Sarau.

Edgar ha emprès aquest projecte d'oci inclusiu al costat d'altres joves d'entre vint i trenta anys, tots ells professionals de l'acció social (integradors socials, educadors, psicòlegs), que concilien fins ara la seva vida laboral amb la tasca de voluntaris dins el projecte de Sarau.

Edgar comparteix la visió de futur amb Martín, de Nikosia, segons la qual algun dia no faran falta les funcions de coordinació en les respectives associacions perquè els projectes s'autogestionaran amb els propis participants. En el cas de Sarau, diu Edgar, l'absència de la coordinació en un futur s'hauria d'explicar pel fet que no fos necessària l'existència d'una associació dedicada a l'«oci inclusiu». El seu horitzó és el d'un veritable oci inclusiu.

Edgar té com a objectiu un Sarau comunitari des del qual donar un acompanyament a la persona que hagi fet palesa una necessitat d'oci i que manifesti el desig de satisfer-lo. El treball d'acompanyament consisteix a acompanyar aquesta persona fins als recursos d'oci disponibles al seu entorn comunitari, la qual cosa implica un treball de reconeixement de les necessitats personals i de construcció d'un suport natural vers la consecució dels objectius de la persona.

A la pràctica, aquest treball pot consistir en acompanyar una persona que vol assistir a un *tablao* flamenc al seu barri de residència i, un cop dins, pugui expressar les seves potencialitats junt amb d'altres persones.

A qui li pertany, si li pertany a algú, la responsabilitat de l'oci per a aquestes persones? Si és la Llei la que garanteix el dret al lleure i la cultura de les persones³⁹,

³⁹ La Convenció dels Drets de l'Infant de 1989, de les Nacions Unides, proclama el dret a l'educació en un sentit ampli, tant el dret a rebre educació com el dret a gaudir del lleure i els jocs en el temps lliure (art. 28 i 31), és a dir, tota aquella educació formal o no formal que fa créixer els infants, els quals considera la Convenció són tots aquells individus menors de 18 anys (art. 1). També proclama que «els infants disminuïts tenen dret a gaudir d'atencions específiques i d'una educació i una capacitat adequades a fi d'aconseguir la seva integració social i el seu màxim desenvolupament individual, tant cultural com espiritual» (art. 23).

La Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitats (Nacions Unides, 13 de desembre de 2006) parteix d'un enfocament basat en els drets dels infants i els joves amb discapacitats i complementa els drets que estableix l'esmentada Convenció sobre els Drets de l'Infant. Aquesta Convenció de 2006 va ser ratificada per l'Estat espanyol i va entrar en vigor a partir del 3 de

hauria de ser l'Estat i els drets universals els quals garantissin l'accés als recursos d'oci i de cultura i la seva protecció? Per què han d'existir fundacions i associacions amb l'objectiu de garantir uns drets que per llei ja són garantits? Quina mena de responsabilitat té l'Estat vers a un suposat problema d'accés a l'oci i la cultura?

En rigor, no hauríem de parlar d'un tipus *diferent* d'oci. S'ofereix l'accés a una discoteca i a altres recursos d'oci amb el pagament previ d'una entrada. Llavors, per què parlar d'oci inclusiu? A qui s'hi inclou? I per definició, si s'inclou a algú, qui en queda exclòs?

Respecte les sessions de discoteca de Sarau, un dossier de l'associació (2010b) ens informa que són «obertes a totes les edats i dissenyades especialment tenint en compte les característiques i necessitats de les persones amb diversitat funcional».

Precisament per això, compta un valor diferencial entre els participants de les sessions, ja siguin de Sarau: que reuneixen joves i adults amb discapacitats intel·lectuals i/o físiques, o bé les de Sarau Club: adreçades especialment al col·lectiu de persones amb trastorn mental. Aquesta diversificació del públic es va donar al principi del projecte, arrel de la demanda del sector procedent de clubs socials en salut mental, que reclamaven un perfil propi, més adult i no infantilitzat.

Per posar un exemple, Sarau Club comença a la nit i hi està permesa la venda de begudes alcohòliques, mentre que la sessió de Sarau és a la tarda i no s'hi serveixen begudes amb alcohol. Exclusions (i inclusions) motivades pels gustos i les necessitats personals dels participants.

Pel que fa al projecte creatiu dels tallers, s'afirma des d'un altre dossier de l'entitat (2010a) que...

L'oferta artística, cultural i de benestar i salut dels centres cívics, escoles d'art i altres entitats especialitzades de Barcelona no respon a les necessitats i suports especials que requereixen persones amb diversitat funcional o problemàtiques de salut mental. Tampoc es basen en espais de creació lliure, flexibles i interdisciplinars. Per això, des de l'Associació facilitem les condicions i brindem els suports necessaris per a que totes les persones puguin accedir a aquest tipus d'activitats i desenvolupin l'art i la cultura segons la concepció personal d'aquestes.

maig de 2008. A l'article 24 s'assegura que les persones amb discapacitats tinguin accés general a l'educació i l'aprenentatge durant tota la vida «sense discriminació i en igualtat de condicions amb les altres».

Faig notar que no es parla de *persones amb discapacitats*, sinó del fet que tothom comparteix la noció comuna de *persones amb diversitat funcional*. El nou concepte apareix com a distintiu respecte la nomenclatura habitual i dominant.

Imagina

Imagina és un projecte d'inclusió social que, des de l'àmbit de la rehabilitació psicosocial en salut mental d'adults, desenvolupa la seva activitat a partir de la generació d'espais alternatius per a la promoció de les capacitats creatives dels usuaris. Tots els participants del grup Imagina han estat diagnosticats amb trastorns mentals severs (TMS).

Vaig conversar el 22 d'octubre de 2010 amb Alberto García, una de les persones responsables del projecte Imagina. Alberto és psicòleg del Centre de Dia Benito Menni i coordinador del Servei de Rehabilitació i d'Inserció Comunitària Benito Menni de Sant Boi de Llobregat. La «porta d'entrada» al grup sol ser a través del Centre de Dia Benito Menni, o bé a través del Centre de Dia de Santa Eulàlia, a L'Hospitalet de Llobregat.

Alberto i jo vam mantenir aquesta conversa en una cafeteria de Sant Boi, un divendres al migdia. Durant la mitja hora de diàleg, manté un ritme reposat i una escolta activa. Em mira atentament i espera pacientment que acabi el discurs. A l'hora d'introduir-me en el projecte d'Imagina, m'explica que es tracta d'un grup de teatre estable sorgit fa dotze anys (l'any 1998) des d'un servei de rehabilitació en salut mental. L'objectiu inicial del grup, per tant, és terapèutic, a la cerca de la rehabilitació psicosocial d'aquestes persones. L'objectiu ara, segons el defineix Alberto, «és que es trobin a si mateixes».

El grup es recolza en l'ajuda mútua. Però es considera un grup terapèutic? Pel que fa als resultats, Alberto diu que sí. Ja que s'observa una evolució terapèutica, un canvi en positiu dels membres d'Imagina. És la idea d'allò terapèutic com a conseqüència de l'acció. Així, el lema del grup que tan sovint repeteixen els seus integrants és: «I, per què no?».

Imagina es localitza fora de l'àmbit clínic. Actualment, les sessions del grup de teatre tenen lloc al Centre Cultural de Santa Eulàlia, a L'Hospitalet de Llobregat. Hi ha una doble porta d'accés: a través d'una plaça pública o bé entrant per la Regidoria de Serveis Socials. Concretament, les sessions se celebren a la sala d'actes del Centre Cultural.

Sorgida com a iniciativa clínica, sempre voluntària, els seus responsables es van adonar que les persones implicades participaven més al grup teatral voluntari que dins les activitats programades. També es va adonar Alberto «que tot canvi s'ha de donar fora de l'estructura». De *pacients* (amb la idea de passivitat que connota aquesta categoria) van passar a ser *actors*.

Alberto mateix va definir Susanna com l'«ànima del grup». Susanna participa, aplicant els seus coneixements en el món del teatre i l'artteràpia dins el context del projecte Imagina, amb la tasca de planificar, formar i dinamitzar les propostes creatives. Ha participat en diferents etapes del projecte: al taller de clown (2004), al taller d'expressió artística (2007), al matx d'improvisació (2009-2010) i a l'exposició museogràfica Silencis forçats (2010).

Segons ens diu Susanna, dos trets bàsics distingeixen el grup: la creativitat i la idea d'identificar-se com a col·lectiu, com a reafirmació social. De manera que l'experiència a Imagina va més enllà de les sessions de teatre, més enllà de l'espai que ocupen a la sala del Centre Cultural de Santa Eulàlia. Es tracta de persones que prenen un sentit nou a les seves vides a partir del desenvolupament de les seves creativitats.

Per resumir el procés endegat per Imagina qui millor que un dels seus participants més veterans i l'actual president de la recentment constituïda associació Imagina, Joan Masip. Es tracta de part de la seva trajectòria vital que queda reflectida aquí (Masip Quintana, 2010: 40-41):

Durante el tiempo en el centro de día, creamos un grupo de teatro de títeres llamado *Imagina*, pero contando con el apoyo y la inestimable ayuda de los profesionales y monitores del centro. Lo creamos todo, títeres, decorados, guión y diálogos del cuento. Este primero con el título de *Los niños traviesos*. La primera vez, lo representamos en el año 2000 para los compañeros.

Ese mismo año, hubo otra representación, esta vez para los familiares. En enero de 2001 fue la primera vez que lo hicimos para un colegio.

Nuestro ámbito de representaciones han sido básicamente los colegios, pero también hospitales y fiestas populares; éstas fueron las tres representaciones de este cuento, ya que, debido al volumen del material que teníamos que transportar, nos era imposible.

Luego, creamos el segundo, titulado *El gallo dormilón*, mucho más fácil de transportar. De él hemos hecho tantas representaciones que no recuerdo ahora el número de ellas.

Después, vino *Las zapatillas amarillas*. En este caso, lo que hicimos fue adaptar el cuento que había escrito una señora y que había presentado a los premios Benito Menni, en el apartado de cuentos sobre la salud mental. Aunque, ella no es una persona que tenga la problemática, pero el hecho es que el concurso era abierto.

En el grupo, desde que empezó, han ido cambiando algunas personas, ya que con el tiempo se iban incorporando nuevos compañeros. Mi última participación con el grupo fue en el 2006.

Como ya os he contado antes, tengo otra enfermedad que me dificulta hacer ciertas cosas [Joan pateix des de l'any 1996 una malaltia a la medul·la, lairingomièlia, que li fa perdre força, estabilitat, mobilitat, entre altres coses. Assegura que lairingomièlia el limita en major mesura que el seu problema de salut mental] y llegó un momento, entre otras, que ya no podía manejar el títere. En esta última representación en la que participé, un compañero manejaba el títere, mientras yo ponía la voz.

Jo mateix vaig formar part del grup Imagina des del segon dimarts de novembre de 2010. Amb la idea de fer balanç de l'experiència conjunta, Alberto i Susanna van citar-me una hora abans de començar la sessió del dimarts 18 de gener de 2011. Davant la Regidoria de Serveis Socials de Santa Eulàlia, de L'Hospitalet de Llobregat, al bar-cerveseria *Caprile*. Tots tres, al voltant d'una taula del seu interior, vam intercanviar els nostres punts de vista sobre l'experiència compartida amb Imagina des de la meua arribada dos mesos enrere.

Susanna, com a coordinadora del grup, em va fer notar les seves impressions sobre la meua presència d'aleshores ençà. Diu que notava energies en dues direccions divergents. D'una banda, l'entrega «apassionada» compartida per tots els membres, que engeguen els projectes amb ganes i il·lusió per tirar-los endavant. I de l'altra, la meua

observació participant. *Ni a dins ni a fora.*⁴⁰ Participava de les sessions, però tant Alberto com Susanna observaven que no interactuava amb els membres del grup. Susanna apreciava un alt nivell d'observació per part meua, que feia evident que era la primera vegada que algú participava del grup amb una direcció divergent als objectius del mateix.

Cal dir aquí que jo vaig viure Imagina des del primer dia -com vaig fer d'altra banda a la resta d'àmbits del treball de camp- com qui es deixa submergir per l'experiència viscuda. A vegades és l'etnògraf qui necessita més temps. En tot cas, com és lògic, el ritme dels uns no té per què coincidir amb el dels altres. Jo no podia anar a les cinc de fondo, ni a les set soles. Expressions que vaig aprendre d'Isard, nikosià, i que volen dir la mateixa cosa, és a dir, anar de pressa.

Imagina, em van fer notar Alberto i Susanna, és més que el grup de teatre. Aquest només serveix de pretext. El grup es va formar el 1998 com un servei terapèutic i de rehabilitació psicosocial. Actualment, la seva tasca va més enllà, ja que les seves representacions tenen una gran demanda entre els col·legis catalans i els seus participants s'han constituït recentment (des de 2010) en associació. Aquest procés sorgeix després de dotze anys de viure en l'ambigüitat. Depenent econòmicament de les Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús i sense una existència jurídica.

En paraules d'Alberto, «Imagina ha hagut d'assumir l'ambigüitat». Això vol dir que no té objectius terapèutics, per molt que se'n puguin derivar. Imagina existeix per les persones que la integren, que decideixen participar-hi amb el grau d'implicació que volen i poden. Alberto i Susanna han cedit la responsabilitat als propis participants del projecte per formar l'associació Imagina.

En el meu cas, la formalització de la meua associació es va produir el 25 de gener de 2011, tot just una setmana després d'enraonar amb Alberto i Susanna. Vaig preguntar al grup reunit si volien que en formés part i m'ho van confirmar.

Al final de la meua setena sessió, en el trajecte del Centre Cultural al metro, Antonio, membre d'Imagina, havia insinuat la meua associació. El dimarts següent, Juan, el secretari, m'ho va proposar com si tal cosa. I finalment, va ser a ell i a la resta de membres assistents (un grup de nou persones) a les quals vaig acceptar la proposta.

⁴⁰ Com en el sentit ritual, antropològic, d'un ésser liminal entre dos estrats socials.

Em vaig sentir molt honrat de poder-ho fer. Vero, un altre membre d'Imagina (també, per cert, del grup de TO), havia argumentat, davant els meus dubtes inicials, que si estava venint cada sessió fins llavors no veia per què no podia ser membre d'Imagina.

Així que el grup es pot caracteritzar com a obert, dinàmic i que integra persones amb o sense l'experiència diagnòstica a les seves vides.

TEATRE DE L'OPRIMIT

Bob a mi [l'autor]: «—¿Eres diagnosticado?

—No.

—Qué suerte has tenido».

Meritxell Torres i jo ens van conèixer un dia de setembre de 2010, la vigília de la Mercè a Barcelona. Al dia de la presentació del grup de Teatre de l'Oprimit (d'ara endavant, TO) a la seu de Pallapupas, a Barcelona. Pallapupas-Pallassos d'hospital és una associació, sense ànim de lucre, que treballa als hospitals i centres sociosanitaris, des de l'any 2000, estant presents en els processos mèdics amb la intenció d'alleugerir-los. La formació del grup va ser una iniciativa de Pallapupas, duta com a proposta a Nikosia.

L'objectiu del grup com a tal era estrenar una obra de TO a partir de la combinació de les diferents històries d'opressió viscudes pels seus participants. El nombre de persones del grup va oscil·lar entre deu i quinze, aproximadament. M'he decidit per fer una síntesi de la meua experiència etnogràfica a través de les sessions de TO. En realitzar-ho d'aquesta manera, donarem especial atenció als cossos de les persones i no tant al relat detallat de cadascuna de les sessions. Introduïrem aquí la presència i experiència corpòries dels participants.

Com diu el fundador del TO, Augusto Boal (1974: 152):

La primera paraula del vocabulari teatral és el *cos* humà, principal font de so i moviment. Per això, per a dominar els mitjans de producció del teatre, l'home ha de dominar, en primer lloc, el seu propi cos, conèixer el seu propi cos per després poder prendre'l més expressiu.

La frase: «La paraula va ser donada a l'home per disfressar el seu pensament», atribuïda generalment a Talleyrand i que Devereux reconeix com a cita d'Edward Young (cit. dins Devereux, 1973: 147), podria justificar el poc pes atorgat a la paraula a les sessions de TO. Antonio, coordinador artístic de Pallapupas i del grup de TO,

insistia sessió rere sessió en el fet de deixar-nos anar, en els nostres impulsos i emocions: *ser el que som*.

Des de la formació del cercle inicial (conegut entre nosaltres, els participants, com a «rondo»), al principi de la sessió, tot ajudava a deixar de banda la lògica i les racionalitzacions de fora, de la resta del dia. Actuàvem irracionalment, motivats pels impulsos del moment i suggerits per les situacions plantejades. Això va suggerir-li, a Alberto (membre del col·lectiu Nikosia i participant del teatre), la idea d'inèrcia per donar nom al grup de TO. La idea que tots sabem. No fa falta fingir.

L'objectiu principal del TO, tal com queda definit per Augusto Boal (1974: 147), és transformar al poble, «espectador», ésser passiu en el fenomen teatral, en subjecte, en actor, en transformador de l'acció dramàtica. Allò que proposa la Poètica de l'Oprimít és l'acció mateixa.⁴¹

L'espectador alliberat, un home íntegre, es llança a una acció. Tant se val que sigui fictícia; el que val és que és una acció! (Boal, 1974: 148)

Amb la meua observació-participant dins el grup de TO amb Pallapupas, pretenia observar com els seus participants -inclòs jo mateix, evidentment- substituïem les nostres etiquetes anteriors, alhora que es concebia l'espai com a generador d'accions per a la deconstrucció d'una situació d'exclusió, accions que incorporen en si mateixes la participació de les persones implicades.

Vaig necessitar prendre distància del grup durant un temps, un mes aproximadament, per tenir la perspectiva necessària i analitzar la meua experiència als mesos anteriors. Què fèiem allà cada dimecres o dijous de sis a vuit de la tarda? Què volia dir realment «Teatre de l'Oprimít»? Qui són els oprimits i qui els opressors en aquest teatre?

⁴¹ Per a una comparació del Teatre de l'Oprimít amb la Pedagogia de l'Oprimít de Freire (cit. dins Martínez Colomé, 2009: 7), centrada en el Centre de Teatre de l'Oprimít de Río de Janeiro, vegeu BARAÚNA, Tania (2007) *Dimensoes Sócio Educativas do Teatro do Oprimido: Paolo Freire e Augusto Boal*. Tesi doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Doctorat d'Educació i Societat, Departament de Pedagogia Sistemàtica i Social.

Quin paper desenvolupava en tot plegat el coordinador del grup? Antonio, de vint-i-nou anys, buscava fer aflorar les emocions de cadascun dels participants, de tal manera que algunes vegades ens vèiem enfrontats davant conflictes personals en situacions teatrals. Antonio ens demanava que arribéssim fins allà on poguéssim i volguéssim. No més. No exercia cap funció terapèutica. El seu objectiu era plasmar les emocions obtingudes dels participants, expressades bàsicament a través del cos, en una obra de teatre. En el seu cas, participava amb una tècnica de gestió de les emocions i de coordinació de grups.

Durant el temps que vaig assistir al grup de TO, de setembre de 2010 a febrer de 2011, tots els participants ens vam exposar amb els nostres conflictes i sofriments particulars. Segons Antonio, la sessió amb més exigència emocional va ser probablement la del 4 de novembre de 2010.

Aquell dijous, cadascun dels participants, primer amb parelles i després davant el grup, va explicar a l'altre una situació viscuda en primera persona en la qual hagués estat oprimida. Definit en termes del coordinador del grup, «oprimida» és aquella persona que ha desitjat alguna cosa que algú altre, la persona «opressora», li ha privat i que, lluny de no fer res, l'oprimit o oprimida ha lluitat per aconseguir-la. En síntesi, tres elements haurien de compondre la situació: una opressió, un desig i una lluita.

Asseguts a terra, en rotllana, cadascú explica la seva història. En acabar, Antonio agraïx la generositat de tothom a l'hora d'explicar vivències tan intensament viscudes, la majoria d'elles relacionades amb el món de la salut mental i la psiquiatria. L'objectiu últim dels relats individuals és compondre una obra de TO a partir de les experiències viscudes dels participants. Aquesta va ser, sens dubte, la sessió on la paraula va dominar més que mai l'espai del TO:

S'expliquen històries de maltractaments familiars viscudes des de la infantesa, ingressos psiquiàtrics que comporten una sèrie de violències físiques i psicològiques, abusos d'autoritat, intents de suïcidi, episodis d'autolesions successives, d'abandonaments, de deixadesa professional, de diversos maltractaments escolars.

No hi havia una intenció terapèutica en tot això, ja que a les aportacions personals dels participants se li afegiria més endavant la tècnica teatral. A la següent sessió, l'exercici va consistir a enumerar deu desitjos sorgits de les històries viscudes i

narrades a la sessió anterior. Alguns dels desitjos anunciats varen ser: justícia, comprensió, decidir, encaixar, llibertat, venjança, desestigmatització i escapar.

Un dels recursos expressius utilitzats va ser el del teatre-imatge. Amb el pretext d'un tema ampli, abstracte -com per exemple, un sentiment humà- es demana al participant que l'expressi, però sense l'opció de parlar. Només fent servir el seu cos ha d'«esculpir» una estàtua humana que expressi algun sentiment. Els qui no participen de l'exercici, espectadors ocasionals, expressen les seves opinions sobre les figures humanes resultants: sentiments fets imatges corporals.

A petició d'Antonio, el debat entre els espectadors versava sobre qui era l'oprimit i qui l'opressor a cada escena de teatre-imatge. En cada escultura humana observada. Les concepcions que es tenien d'«oprimit» i «opressor» quedaven reflectides en els comentaris que els espectadors feien a partir de les escultures/imatges representades. El conjunt d'imatges, recordem, era l'escenificació d'una història d'opressió viscuda en relació a la salut mental. Es tractava de compondre una «reproducció» dels fets narrats pels participants.

El dia 24 de novembre de 2010 el grup va rebre una visita especial: la de Bárbara Santos, coordinadora del Centre de Teatre de l'Oprimat de Río de Janeiro, convidada per Pallapupas. Però deixarem que es presenti ella mateixa, tal com ho fa al seu blog (Santos, 2010), de forma prou significativa per al nostre context:

Eu sou do Rio de Janeiro. Nascida, criada, crescida, vivida. Me digo, me entendo, me mostro, me vejo: Carioca. Agora também Berlim me afeta, inspira e constrói. Sou das imagens, das palavras e das ações. Imagino, expresso, represento, enceno, atuo. Estou no palco da vida. Viva no palco! Mulher, negra, mãe, socióloga, atriz e Curinga. Teatro do Oprimido. Teatro das Oprimidas. Teatro como espelho e como escolha. Como proposta: pergunta e resposta. Resposta que pergunta. Cria de Augusto Boal. Sou criação de mim mesma. Brasil adentro! Mundo afora! Muitas gentes... de cores, culturas, saberes, histórias, crenças e esperanças compõem quem eu sou. Quem eu estou sendo...⁴²

⁴² «Sóc de Rio de Janeiro. Nascuda, criada, crescuda, viscuda. Em dic, m'entenc, em mostro, em veig: carioca. Ara també Berlín m'afecta, inspira i construeix. Sóc les imatges, les paraules i les accions. Imagino, expresso, represento, escenifico, actuo. Estic a l'escenari de la vida. En viu a l'escenari! Dona, negra, mare, sociòloga, actriu i Curinga [Comodí]. Teatre de l'Oprimat. Teatre de les Oprimides. Teatre com a mirall i com a elecció. Com a proposta: pregunta i resposta. Resposta que pregunta. Filla

Aquell dimecres, com en altres sessions, vam realitzar una seqüència d'exercicis de coneixement del propi cos. Amb això, s'intenta desenvolupar la capacitat expressiva del cos. Una sèrie de «jocs» poden ajudar als participants a començar a fer servir els recursos del cos per a expressar-se. Són tots ells convidats a «jugar», a intentar «parlar» amb els cossos.

Distribuïts en 3 grups de 4 persones, a cada grup un lidera i els altres tres es dediquen a seguir-lo, imitant els moviments i sons que produeix el primer. Aquest pot fer el que vulgui. Es tracta d'anar abandonant altres formes d'expressió més usuals i quotidianes.

Els tres grups es mouen per tot l'espai de la sala. Un grup oprimeix l'altre, quan havia començat defensant-se. S'incorpora el tercer grup amb la consigna de representar, els seus quatre membres plegats, una visió física, corporal d'un mascle ant que competeix amb un altre mascle. En aquest cas, amb l'objectiu de conquerir la femella ant que representa el grup restant de quatre persones.

L'exercici acaba amb una escena de teatre-imatge, en la qual es «parla» a través d'imatges fetes amb els cossos dels actors. La resta d'actors, que no participen de les figures humanes, comenten el que veuen tot abstraient-se de la situació. El TO dóna ocasió del teatre-fòrum, és a dir, que el públic actuï intervenint directament en l'acció dramàtica. Els qui no participen de l'escena de teatre-imatge poden modificar-la a voluntat amb la idea de discutir certs temes o assajar certes accions.

Dins el teatre-fòrum es presenta l'escena, però cadascú té el dret a intervenir i canviar l'acció, *assajant* la seva proposta. Com diu Boal (1974: 173):

Al teatre no li toca mostrar el camí correcte, sinó oferir els mitjans per als quals tots els camins siguin estudiats. [...] Dintre els seus termes ficticis, l'experiència és concreta.

En el següent exercici, el grup sencer -compost aquell dia per tretze persones- es va constituir en una màquina, un engranatge dissenyat per fabricar alguna cosa.

d'Augusto Boal. Sóc creació de mi mateixa. Brasil endins! Arreu del món! Molta gent... de colors, cultures, sabers, històries, creences i esperances conformen el que sóc. El que estic sent...». [La traducció al català de l'original en portuguès és meua].

S'anaven incorporant les peces humanes, representades a través dels cossos dels participants, amb un so i un moviment rítmic. Després, Antonio preguntava què podia estar fabricant la màquina inventada col·lectivament. Les respostes que donen els diferents participants són variades: envasos, plàstics, xocolata, una atracció de fira, éssers humans, etc. L'exercici de la màquina desemboca en una altra que representa la història d'opressió recreada en una sessió anterior a partir de la combinació de les diferents històries relatades.

A la màquina resultant hi van ser presents: la contenció física, l'administració de la medicació, la curació, el consol, el teatre, el desig d'evasió, la lamentació de la mare, l'alarma de l'ambulància i a la figura central la persona que pateix una crisi. Sense cadascuna de les peces humanes que conformen l'engranatge no es pot entendre el conjunt general.

A la sessió del 15 de desembre de 2010, el grup de TO assaja el que s'anomena una dramaturgia simultània, que es correspon amb el primer grau del teatre com a llenguatge.

En primer lloc, distribuïts en parelles per l'espai de la sala, cadascú pensa una situació real viscuda d'opressió, en la qual hagués estat oprimat o oprimida. Tot seguit, un membre de la parella pren el paper d'opressor de la mateixa història. El recorda i l'interioritza. Haurà de mirar de fit a fit als ulls de la seva parella com si realment fos l'opressor de la història de la seva parella. Primer, mirar només. Després, hi afegirà el gest i el so. Finalment, posarà veu a l'opressor. L'altra persona, la receptora, exercirà de personatge buit. Es limita només a mantenir la mirada al seu «opressor» o «opressora» i a escoltar el que li està dient.

En aquest exercici, la meva parella és Eugènia, que fa del seu pare. Un home furiós, que frunxeix el ceny. Violent, amb el braç alçat i la mà oberta. Dominant, em dóna ordres. Però al mateix temps, es mostra cansat, fatigat davant meu, podria ser una persona gran.

Cap al final de la sessió, es tracta d'interpretar una escena curta, en aquest cas la que el grup assaja a partir de la història d'opressió resultant en sessions anteriors. La protagonista de la història és Ella. Un personatge femení fictici, fruit de la combinació de diferents relats viscuts. S'inclouen quatre escenes (incloent una foto central), que són

improvisades i representades com a teatre-imatge. Després, espectadors i actors discuteixen «teatralment» les escenes, i a la inversa.

Les preguntes bàsiques que sorgeixen d'aquesta escena concreta de teatre-imatge són: Qui és l'oprimida? Ella, la figura central. Quin és el seu desig? No estar malalta. Ser ella mateixa la qui controli la seva malaltia i alliberar-se, alhora, del sistema sanitari, compost per psiquiatres, fàrmacs i ingressos psiquiàtrics que li han condicionat i limitat la vida. Ella vol fer teatre. Qui o quins són els opressors? El sistema biomèdic, representat en la figura del psiquiatre. I també la mare.

El teatre-imatge suposa una imitació de la realitat viscuda⁴³:

La Txell està dreta al centre de la imatge, subjecta pel braç esquerre per Almudena. Almu sap perfectament en què consisteix aquesta contenció física perquè l'ha sofert a la seva biografia. Amb un braç té agafada la Txell i amb l'altre li retira el cap enrere. El rostre d'Almudena, dirigit al públic, és neutre; com si digués: «jo només faig la meua feina». La Txell té el braç dret allargat, els malucs cap endavant i les cames com si es posessin a punt per córrer. La seva mirada s'adreça a Óscar, que du posat un nas de pallasso i té un altre nas sobre la mà estesa. L'hi ofereix a la Txell, el braç esquerre d'Óscar, estirat. Els ulls i el somriure d'Óscar semblen irreals, sorgits talment d'una il·lusió. Com si d'un somni teatral d'Ella [la protagonista femenina de l'obra de TO] es tractés. Entremig de la Txell i Óscar hi ha José Luís, també dret, fent veure que escriu en una llibreta imaginària. Altíu, mirant de dalt abaix a la Txell, com si no anés amb ell. Poderós en el seu silenci. Al fons, Alberto s'està assegut a una cadira. També simula escriure amb un bolígraf que no té i contempla l'escena amb indiferència.

A la Txell li toca representar en aquesta ocasió el paper d'Ella, l'«oprimida». Després, l'antropòleg va escriure a la seva llibreta de camp:

Recordo haver sortit commocionat de la darrera sessió de teatre de l'oprimit. No vull que la Txell pateixi més. No depèn de mi i ningú no m'ha demanat que me'n preocupi, això ha estat cosa meua, però no m'agrada haver-la vist patir... en una imitació de la realitat, com és una escena de teatre-imatge.

⁴³ Agraeixo a Raúl haver-me enviat les fotos que va realitzar durant la sessió del dia 15 de desembre de 2010 i que m'han servit per a reconstruir les escenes de teatre-imatge.

De fet, en sortir d'aquella sessió de TO, de desembre de 2010, Isard em fa notar que em veu pensarós, com absort. Isard, nikosià i company del grup, em diu de camí cap al metro: «Doncs, la realitat és una mica així [referint-se a la situació plantejada en el teatre-imatge]». Jo vaig actuar aquella sessió com a espectador de l'escena. I no es tracta que el públic plori de llàstima; si de cas, que plorin de ràbia contra un sistema que permet perpetuar la situació d'opressió. Vet aquí la funció política del TO. El teatre-fòrum permet als espectadors canviar la imatge que serveix de punt de partida.

Durant la mateixa sessió, en una escena a partir de la mateixa història, Antonio la deconstrueix de tal manera que hi queden tan sols dos components: la Txell i José Luís. Han desaparegut d'escena Vero, que agafava per darrere les mans de la Txell; Sandra, que li tapava la boca; i Óscar, que com l'escena descrita més amunt, oferia un nas de pallasso a la Txell amb un altre de posat.

En sortir d'escena aquests tres elements (Óscar, Sandra i Vero), només van quedar José Luís i la Txell. Ella es manté amb les mans lligades a l'esquena, sense la Vero, i amb la mirada perduda, sense la Sandra. Ell, assegut a una cadira, com si escrivís a una llibreta. A partir d'aquesta escena nova, entre José Luís i la Txell, Antonio els convida a l'acció. A partir d'ara poden moure's, parlar, el que vulguin; però sempre des de les posicions i estats emocionals de partença. A partir d'aquí s'estableix un diàleg entre ambdós que fa recordar-li, a la Txell, la vivència personal de l'ingrés psiquiàtric.⁴⁴

La sessió del dia 20 de gener de 2011 va ser especial. Va anar dedicada a Bob, el company de teatre que ens va deixar el matí d'aquell mateix dijous. Va morir després de dos anys de patir un càncer limfàtic. La seva pèrdua es va unir a la d'un altre nikosià, Jota, a finals de 2010. Jota tenia trenta-dos anys. Bob, trenta-un. A ells dos he volgut dedicar el meu treball.

Bob va ser company nostre al grup i l'espai del teatre li era un espai propi. Assistia a les sessions de TO des de l'octubre de 2010, malgrat trobar-se malament i que li haguessin fet poc temps abans una transfusió. Es mostrava fràgil, esgotat a estones. Recordo haver-lo ajudat a aixecar-se del terra, al final d'una sessió, perquè no podia fer-

⁴⁴ Vegeu *infra* pàg. 100 en endavant.

ho per ell mateix. Li fallaven les cames, em va dir. Tot i així, amb el seu ritme lent i parsimoniós, deixant de banda alguns exercicis, participava de les sessions com un més.

Un dia, preguntat el grup per quin dels seus membres necessitava més una abraçada de cargol⁴⁵, la persona escollida va ser Bob.

Amb la seva mort tan recent i després de decidir retre-li la sessió com a homenatge, Antonio ens va regalar un senzill conte que ens va servir de pretext per dir-nos els uns als altres allò que sovint no gosem dir i que, com va passar amb Bob, no sempre hi som a temps. El conte diu així *a grosso modo*:

Vet aquí una vegada un racó molt llunyà de món on vivia un poblat format només per unes cinquanta persones. Vivien aparentment felices, isolades en aquell indret recòndit. En tenien prou amb allò que produïen per sobreviure. La gent era senzilla i amable. No coneixien els diners, ni tampoc no els necessitaven per saber-se feliços.

Un dia, aquesta comunitat idíl·lica és descoberta per uns exploradors europeus que senten curiositat pel que consideren un estrany mode de vida. Aquests exploradors, en bona part antropòlegs, comencen a recollir dades del camp. Ells pregunten i els indígenes contesten. El corpus etnogràfic de la comunitat indígena creix. Cada cop els antropòlegs estan més satisfets de les dades que hi obtenen. Però entre el grup hi ha un etnògraf, de mirada obscura, que no és del gust dels indígenes. Ni tampoc ho acaba sent de la resta d'antropòlegs, els quals recelen de la desconfiança del seu col·lega.

L'antropòleg de mirada obscura no està satisfet amb les dades recollides, com sí ho estan els seus companys d'expedició. Sap del cert que els indígenes amaguen alguna cosa. Se sent a parlar de l'existència d'un ritual que explicaria el secret de la felicitat col·lectiva indígena: en diuen *suaves calentitos*. Un ritual per al moment impossible de presenciar.

Així que l'antropòleg dissident, que no s'accontenta amb les dades recollides sobre l'economia, les creences, el parentiu i l'estructuració social indígenes, està decidit a conèixer el secret de llur felicitat: el significat per als indígenes del ritual anomenat *suaves calentitos*. El temps passa, i els exploradors decideixen tornar cap a casa. Excepte un, és clar; l'etnògraf

⁴⁵ L'abraçada de cargol és una dinàmica de grup que té com a objectiu donar cert reconeixement a algú especial dins d'aquest. Consisteix en agafar-se les mans els membres del grup i fer una línia recta, col·locant la persona abraçada a la punta de la línia. Posteriorment, la línia humana es va enrotllant en si mateixa, partint de la persona de la punta, iniciant una espiral que es tanca cap al centre i tancant-se fins que no es pugui girar més.

obsessionat pel secret de la felicitat indígena i de mirada obscura. Es queda al poblat i enginya un pla. El que fa és inventar-se un ritual anomenat *fríos picantes* per contrarestar l'anterior. Té èxit i aconsegueix fer trontollar l'equilibri idíl·lic de la vida social indígena.

Cada cop el ritual dels *fríos picantes* té més adeptes i menys el dels *suaves calentitos*. Fins al punt que, un dia, fragmentada la societat indígena, es resol que només un sol ritual podrà aconseguir la felicitat del poble. Imagineu-vos, doncs, quin hauria pogut ser.

Havent escoltat amb atenció el conte, el grup de TO va preferir dedicar íntegrament la sessió a fer-se *suaves calentitos*. No podia ser d'una altra manera. Cadascú va rebre en paraules allò que sovint callem i que tant ens agrada escoltar: allò que als altres els agrada d'un mateix. I cadascú va dedicar igualment als altres, un per un, allò que els admira, fascina, meravella, etc. Només *suaves calentitos*. El resultat va ser d'una gran emoció.

Després de quatre mesos d'experiència compartida al grup de TO, els *suaves calentitos* van mostrar el grau de coneixença mútua i una visió positiva, tot i que parcial, dels seus membres. Formats en cercle i asseguts a terra, qui parlava s'havia de dirigir necessàriament als ulls de la persona a la qual es referia. Sobre això, Antonio va haver d'insistir-hi, com el fet de guardar silenci durant les comunicacions individuals corresponents. Havent acabat les referides a una persona, les comunicacions següents s'adreçaven a la persona del seu costat.

«Formem quasi una família», va arribar a dir la Txell en acabar la sessió. Ella forma part del col·lectiu Ràdio Nikosia i amb els mesos compartits de treball de camp en alguna ocasió ha fet referència a Nikosia i al grup de TO com a familiars. És com si busqués comprensió i solidaritat en la forma d'una «comunitat» que ja no existeix. Cerca comprensió i solidaritat i el que troba tan sovint, amb la relació terapèutica dels psicòlegs i psiquiatres que la consulten, és desconfiança i sospita.

Durant totes aquelles sessions de TO en què vaig assistir, qui havien estat els oprimits i qui els opressors? De què havia servit deslliurar-se de les etiquetes anteriors per arribar a ser «oprimits»? Hi ha alguna cosa *realment* darrere de les nostres etiquetes? Som capaços de superar-les? La qüestió principal en darrera instància, segons

Gramsci (cit. dins Crehan, 2004: 21), és la del poder: qui té el poder i qui no, qui és l'opressor i qui l'oprimit, i quines són les especificitats de les relacions d'opressió?

Per a Gramsci, en tant que militant compromès, el seu interès últim són les visions del món capaces de mobilitzar als oprimits per a superar la seva opressió. Al capítol següent, el de l'itinerari de la Txell, provarem de descobrir una d'aquestes visions del món. No exempta de lluita i d'aflicció. Com cantava Ovidi Montllor: «Pica, pica, pica./Mai no et canses de picar». Es tracta d'una hegemonia a la qual fem front i no val deixar de picar.

El psicoanalista i etnòleg de professió, Georges Devereux (1973: 281-282), es referia a la despersonalització de l'individu que la societat agreuja amb exigències d'aquesta mena:

«Poc importa qui ets o el que *de debò* ets. Intenta només comportar-te segons el que s'espera de tu; evita sobresortir sent tu mateix... és a dir, *diferent*». La individualitat real no hi té res a veure i, a la majoria de les societats, ni es dóna, ni tampoc no és recompensada. Són estranys els qui gosen *ser el que són*. [...] Si la societat penalitza, menysprea o, en el millor dels casos, mercantilitza aquest aspecte de l'home, aquest perd tota possibilitat d'abastar el sentit de si mateix, el de la seva continuïtat en el temps i fins i tot la sensació autèntica de la seva pròpia existència i de la seva realitat.

Devereux està parlant de la identitat cultural o viscuda tal com l'entenem en aquest treball? Podríem dir que cadascun dels participants del grup de TO no existeixen pura i simplement: la Txell no és la Txell, sinó que és tot allò que la Txell, en situacions determinades, és capaç de fer.

Ha arribat el moment d'emprendre la redescoberta de la identitat de la seva persona real i concreta, que canvia i es remodela en el procés de la vida mateixa.

ITINERARI DE LA TXELL⁴⁶

Òscar Mercadé i Meritxell Torres

El següent text ha estat escrit conjuntament entre Meritxell Torres i l'autor. L'objectiu d'aquest exercici és revelar una identitat amagada sota les diferents etiquetes diagnòstiques amb les quals ella ha estat i està identificada. El que pretenc és conèixer-la com una persona real.

L'eix vertebrador del present itinerari és l'anàlisi dels conceptes d'identitat cultural i identificació política. Tractarem l'oposició que es dona entre l'experiència de vida de la seva persona i la història complexa de la societat en la qual viu (Terradas, 2000: 31). Voldria que el cas de la Txell fos «sistema», «generalitat» en la seva especificitat, com escrivia Joan Frigolé al pròleg del llibre d'Ignasi Terradas (1992: 7) dedicat al cas d'Eliza Kendall:

Cada caso no es el sistema en sí mismo, pero cada caso nos muestra la lógica y el funcionamiento de todo el sistema.

El que es presenta a continuació és una anàlisi dels conceptes d'identitat i identificació a partir del cas de Meritxell Torres. El cas d'una persona «més sensible», que és l'única forma amb la qual ella mateixa es defineix al llarg d'aquest itinerari.⁴⁷

Meritxell Torres es presenta com una persona «més sensible» tant davant d'experiències positives com negatives. Adoptar aquesta perspectiva d'anàlisi suposa tractar de conèixer la perspectiva nadiua o *emic*,

pues el trabajo etnográfico se caracteriza por una apertura al conocimiento autóctono y por ese relativismo metodológico que conlleva toda tarea de exégesis que trate de encontrar un código no tanto dependiente del investigador como del investigado. Si se prefiere en palabras de

⁴⁶ Txell és l'escurçament de Meritxell. Per referir-me a ella, faig servir tant el nom i el primer cognom com el nom amb el qual l'anomenen amics i coneguts. Totes dues fórmules són vàlides: «Meritxell Torres» em serveix per parlar-ne com a coautora de l'itinerari (per tant, etnògrafa) i «Txell» tal i com m'adreço per parlar amb ella. El nom familiar és una altra qüestió. Així, per exemple, la seva mare li diu «Meri», que és diminutiu de Meritxell.

⁴⁷ Vegeu *infra* pàg. 127.

un autor como Geertz (1987: 40) , el objetivo de la antropología «no es dar respuestas a nuestras preguntas más profundas, sino darnos acceso a respuestas dadas por otros». (Martínez Hernández, 1998a: 57-58)

L'intent de l'investigador és el de congregar les perspectives *emic* i *etic* a través del diàleg. D'aquí la coautoría de l'itinerari com a resultat d'un treball conjunt d'etnografia. Jo em permeto d'interrompre el seu relat per anar donant al lector els complements d'informació necessaris, tot introduint al mateix temps les anàlisis que ens puguin fer comprendre millor el seu itinerari. No amago aquí la influència i admiració que ha tingut en mi la lectura del llibre de Lluís Mallart sobre la vida i obra del medecinaire Mba Owona (Mallart, 1983).

Les paraules de la Txell, originalment escrites a mà, seran transcrits en lletra cursiva i les del coautor en rodona.

La vivència personal de l'ingrés psiquiàtric

Txell Torres es va criar a un poble de la comarca d'Osona. Actualment té trenta-tres anys. Viu a la ciutat de Barcelona des de fa anys, sempre en pisos compartits. Avui dia, amb dos nois i dues noies més. En aquest pis, sense televisor, dinen i sopen plegats. Quan no ho ha de fer així, la Txell diu que «menjarà autònomament». Sovint, als caps de setmana, torna al poble on es va criar. Allà, troba la tranquil·litat a prop d'un afluent del Ter on es retroba amb la naturalesa de fragàncies de la terra i de sons dels animals.

Txell és membre del col·lectiu Ràdio Nikosia des dels vint-i-nou anys. Nikosia emet des de Barcelona i ella fa vida la majoria del temps a la ciutat. Això no vol dir que a vegades no s'enyori del poble. Com per exemple un vespre, l'endemà d'haver tornat a Barcelona, recordant la preciosa lluna que havia pogut veure el dia abans, al poble, i el fred que no sentia massa a la ciutat⁴⁸.

⁴⁸Quan la Txell parla de la lluna del seu poble sembla coincidir amb la reflexió de l'escriptor eivissenc Marià Villangómez (1956: 6): «A les ciutats no es pot comprendre aquesta amable companyia de la lluna. El ciutadà modern viu desentès de la lluna dels romàntics i dels antics».

Té accent osonenc i algun cop li he sentit referir-se a si mateixa com «de pagès». Tot i que es «controla» a ciutat, té sempre a punt un «no cardis!» a la boca. És pèl-roja, de color natural de cabells, castanys, i els ulls verds. Ara pesa cinquanta-dos quilos, però el seu pes ha oscil·lat en distintes fases arribant-ne a pesar trenta-dos. Tanmateix, es considera una noia forta i té els bíceps exercitats d'haver tocat la bateria des dels setze anys. Li agrada el *heavy metal* i el *reggae*, entre d'altres gustos musicals. Per exemple, la música d'Aretha Franklin la revitalitza, mentre que la de Ravi Shankar l'asserena. Em diu que va créixer escoltant «música tradicional catalana»; la del grup de *folk* Els Esquirols⁴⁹. Diuen d'ella que és *hippy*. Potser ella prefereix, com un personatge dels *Contes per a nens i nenes políticament correctes* (1996, James Finn Garner), que tant li agraden, ser considerada com una persona que «ha d'enfrontar-se al món d'una manera pròpia; i del tot vàlida, evidentment».

Té asma i fuma actualment uns cinc o sis cigarrets al dia. Quan el metge de tota la vida, el del poble, li diu que ha de deixar de fumar, ella respon que hi ha altres coses que maten. Té la mania, segons diu, de tenir el pis net i ordenat. Algun dia voldria deixar la ciutat, obrir una casa de colònies i tenir canalla. Almenys tres fills, com les tres germanes que van ser a casa. Ella és la gran. La petita viu a l'estranger i la mitjana al poble d'Osona. Abans dels setze anys el pare de la Txell la va fer fora de casa.

Amb motiu d'un programa de ràdio, dedicat als records, ella en va recordar dos de diferents: un associat a la neu, al seu poble, deixant d'anar a escola durant una setmana, i l'altre, que li fan recordar tot sovint els seus pares, el d'un coma etílic a l'edat de cinc anys durant unes vacances familiars a Lleida.

Però el seu relat comença l'any 2007...

L'any 2007 vaig patir una crisi, que em va desbordar per complet, tot i que no era la primera aquella no la vaig saber controlar. Ni entendre. A hores d'ara tampoc l'entenc. Aquella crisi em va portar a un psiquiàtric, a una presó, a una multinacional de drogues legals, envoltats d'investigadors sobre “trastorns mentals”, això sí, amb un temps limitat d'uns 10 minuts per persona.

⁴⁹ L'origen del grup Els Esquirols el trobem l'estiu de 1968 en unes colònies per a nens i nenes de L'Esquirol i Folgueroles (Osona).

Viure en un psiquiàtric pels que no hagin trepitjat un d'ells, cosa que no desitjaria mai a ningú, és un lloc fred, amb una tristesa infinita que qualsevol persona que posa els peus allà surt amb un shock, i no només parlo dels ingressats, sinó de les visites, familiars, amics... Un dolor i una pena que et deixa glaçat. Se'm partia l'ànima de veure aquell patiment a les mirades, veure com persones protestaven i les lligaven hores o dies. Sincerament jo no li veig el sentit terapèutic, simplement violència gratuïta.

Jo vaig arribar al psiquiàtric de Bellvitge un dia de l'any 2007, que ara no recordo, a les 23:00 h. sense haver sopat. Em vaig passar la tarda a Urgències de Sant Pau, m'hi va portar la meva psiquiatre d'aquell moment. Tampoc em varen donar de sopar, així que sense haver menjat res de res, va venir un "metge" que em va atendre dos minuts, em va comentar que demà ja em visitaria un altre metge, i va donar l'ordre a les infermeres que em prenguéssin unes pastilles, que a mi tan sols em va comentar que jo ja anava molt medicada, venia de St. Pau.

Aquella ràbia, impotència i pena em va desmoralitzar, als psiquiàtrics si no et prens la medicació et lliquen i et punxen la droga que els dona la gana, ho vaig veure que li estaven fent amb un noi. Així que me la vaig pendre indignadíssima. En aquells moments fins i tot vaig agafar com por. Estava molt desorientada. No sabia on havia anat a parar.

Va ser una experiència que xocava contra tots els estereotips de lo que s'anomena hospital. Aquell hospital era sota un règim de dictadura. Hi havia horaris per tot. A les 8:00 h. del matí tots ens havíem d'aixecar i dutxar-nos, que l'aigua sortia freda, per després a les 9:00 h. posar-nos tots en fila índia i passar per les infermeres, que tenien un got amb medicació i un gotet d'aigua. Ens havíem de pendre la medicació i amb la boca oberta fer deu mil ganyotes perquè poguessin comprovar que ens havíem empassat les pastilles, després esmorzàvem i podíem fumar 2 cigarros, quan tothom acabava, que aquí es muntaven unes guerres... Érem molts i de diferents edats, amb diferents problemàtiques, i la impaciència per a fumar provocava discussions i maltractaments psicològics, amb amenaces... I la meva pregunta és: on s'ha vist un "hospital" que deixin fumar? I que et tractin com un delinqüent?

Després de tot aquest xou, teníem visita amb el “metge” sempre entre cometes perquè dubto de la seva professionalitat. T’escoltava una estoneta, et donava textos per omplir i et receptava més pastilles a les quals repeteixo no et podies negar. Vivíem sota un règim de dictadura i jerarquitzat. Teníem horaris per tot, podíem fer 2 trucades al dia de 2 minuts. Recordo que volia trucar a la meua mare i no recordava el número de telèfon, el mòbil i les meves coses estaven a una taquilla sota vigilància de les infermeres. Aquestes no em varen deixar mirar el número. Sort que la meua germana va estar amb mi a St. Pau i ho va poder comunicar als familiars i amics.

A les habitacions no hi podíem tenir res. Em refereixo a sabó, segons quina roba; de fet, quan et portaven roba tot ho supervisaven les infermeres i treien els cordons de les sabates, cinturons... Qualsevol cosa que pogués suposar un intent de suïcidi, tot i que ja he esmentat que estàvem sota vigilància les 24 h. del dia, també amb càmeres, i feien controls aleatoris d'habitacions.

Allà dintre no hi fèiem res durant tot el dia bé caminant passadís amunt, passadís avall. Excepte un dia a la setmana que venien dos treballadors socials i pintàvem mandales, fèiem braçalets cosa molt difícil ja que anàvem supermedicats i no vèiem tres en un burro! El dia que teníem aquestes activitats ens deixaven sortir una hora a un pati que tenia una reixa que gairebé tocava el cel, impossible escapar-se d'aquella presó. Sense llibertat d'expressió. Sovint ens queixàvem quan volíem veure el metge i no estava disponible. Vaig patir migranyes i ni tan sols em varen donar un simple gelocatil perquè el metge no ho havia prescrit. I per aquest fet t'enxufaven més antipsicòtics. Deien que tenia un discurs rebel i el contagiava als companys.

Txell comença el seu relat amb l'experiència de l'ingrés psiquiàtric, que marca un abans i un després en el seu itinerari vital. Acostuma a dir que tots el que han passat per un ingrés psiquiàtric saben el que és realment, perquè afecta la seva vida real i perquè els altres que no hem estat ingressats desconexem la vivència personal de l'ingrés. En el seu cas, m'avanço al relat que en farà, va estar-se un mes a dins. Després, hi tornaria a estar ingressada quinze dies més. Impel·lida per una cançó, que va sonar en ocasió d'un programa de Ràdio Nikosia, el tema de Ketama *No estamos locos*, va tornar-li un record del passat. Cantava aquesta cançó durant l'ingrés.

El terme identitat cultural és definit per Ignasi Terradas (2000: 31) com:

Es aquel reconocimiento humano de la vida, que se caracteriza principalmente por atender a la memoria de lo vivido, a sus repercusiones afectivas, y a los sentimientos y derechos de arraigo y vinculación que dicha memoria solicita.

L'ús de les cometes per referir-se tant a «metge» com a «hospital», en aquesta etapa, posa en dubte la funció i el paper d'aquests, contrastats amb la seva realitat viscuda com a pacient dins un hospital psiquiàtric. El que du a terme Meritxell Torres amb aquest relat és un exercici de reconstrucció personal, que implica un exercici de la seva memòria. D'aquella memòria de la qual tan sovint ella dubta. Quatre anys després del primer ingrés psiquiàtric ella s'ha posat a escriure sobre la seva experiència. No ho havia fet encara.

«Tu el que has de fer és menjar, que estàs molt prima»⁵⁰

Abans de ser ingressada, ja m'havien visitat altres psiquiatres. La veritat tots un desastre. En aquell moment era incapaç de moure'm, d'anar a treballar, estudiar. Un pànic totalment irracional que em tenia immobilitzada a casa també sense poder anar sola, fins al menjador al lavabo. La meua vida es va paraitzar de cop. Era incapaç de sortir a comprar. Incapaç de tot. M'havien d'acompanyar a tot arreu. Obligatòriament em vaig haver d'agafar la baixa i conèixer el món de la psiquiatria i els tràmits burocràtics que comporta. Em varen fer tot tipus de proves: tacs al cap i ara no recordo què més però me'n varen fer un munt. En totes les proves no hi van trobar res.

Vaig començar un tractament psiquiàtric amb una doctora privada, la qual no va trigar gaire en etiquetar-me. El meu primer diagnòstic va ser: d'agorafòbia i depressió major. Em va medicar amb zyprexa, que és un antipsicòtic, vàlium, transilium i un antidepressiu que em va portar a l'anorèxia; el meu estómac no tolerava aquelles 7

⁵⁰ Aquesta és la frase que va pronunciar una membre del Tribunal en el moment de valoració de la pensió de Meritxell Torres.

pastilles. Però sobretot la paroxetina (l'antidepressiu) no parava de vomitar en tot el dia, però la doctora insistia en que no el deixés perquè anava molt bé i era eficaç a un 90% dels pacients. Doncs jo era del grup del 10% que no li anava bé, però va insistir fins que de 48 kg. que jo pesava abans de pendre'l em vaig quedar amb 32 kg., una úlcera a l'estómac i el colon irritable.

Vaig fer un canvi de psiquiatre, estava desbordada no em reconeixia més aviat em feia vergonya i fàstic el meu cos. Recordo que era l'estiu i anava vestida de dalt a baix, perquè el meu cos tot eren ossos i no volia que ningú em veiés així. La depressió es va accentuar cada vegada més. Aquest nou psiquiatre va continuar amb les etiquetes de depressió major, agorafòbia i va afegir trastorn de la personalitat. Em va canviar la paroxetina per un antidepressiu que no em va fer res i va anar provant fins a cinc marques diferents. I jo no notava milloria. De 7 pastilles vàrem passar a deu, mantenint les altres, el vàlium, transilium, zyprexa i el seroquel, un antidepressiu i antipsicòtic a la vegada. El meu estat d'ànim cada vegada anava a pitjor, la meua immobilitat (agorafòbia) més accentuada, era completament incapaç de trobar un sentit a la meua existència. Amb tot això jo cada setmana havia de portar el "parte" de la baixa a l'empresa i passar els controls d'aquests investigadors privats que es diuen mútues.

Vaig tenir molta sort amb la doctora de capçalera. Ella estava especialitzada en la branca de psiquiatria i va comprendre el meu cas. Es preocupava moltíssim per la meua salut. S'adonava que no responia als tractaments i que cada vegada estava pitjor. Em va recomanar que fes un canvi de psiquiatre i em va dir que sobretot no em preocupés per la baixa. Ella me l'enviava per fax a l'empresa un cop al mes. M'acompanyaven per poder-la veure i agafar els "partes" de la baixa. Que els havia de guardar, ja que en qualsevol moment podria tenir una inspecció per part de la mútua o l'ICAM (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques), cosa que encara em posava més nerviosa. Ho estava passant molt malament i només em faltaven aquests tràmits.

Vaig tornar a canviar de psiquiatre, recomanada per un amic que li va anar molt bé. (No he esmentat que amb la primera psiquiatre hi vaig estar uns 4 mesos, amb el segon uns 5 mesos i vaig passar per una altra que hi vaig estar 15 dies. Aquesta no entenia res de la meua situació. Em va dir que jo tenia esquizofrènia. La meua Dra. de capçalera no hi va estar gens d'acord i no em vaig pendre res del que em va receptar).

La psiquiatre que em va recomanar l'amic em va dir que tenia: depressió major, agorafòbia, atacs de pànic i ansietat, trastorn de la personalitat i trastorn bipolar.

Amb aquesta psiquiatre em vaig començar a trobar una mica millor tot i que em prenia moltes pastilles: trileptal 900 mg. al dia, és un estabilitzador de la serotonina, 2 antidepressius (no recordo els noms, estan als informes que té l'advocada), vàlium, transilium, un antiepilèptic i zyprexa, unes 12 pastilles al dia, tot i que continuava amb la meua "anorèxia", úlcera, colon irritable, i em varen començar a sortir problemes als ronyons. Sense solució fins que no deixés de pendre tanta medicació, em deien els metges, i cada dia amb infeccions d'orina.

La meua impotència i ràbia de no entendre res del que m'estava passant, de no conèixer-me a mi mateixa i de no poder-me valdre per mi mateixa era un símptoma persistent en mi.

Com és natural hi ha èmfasis i omissions en el relat de la Txell. No és neutral, tampoc no ho és la posició de l'etnògraf. Quan la Txell escriu entre parèntesi que *no recordo els noms* [dels dos antidepressius], *estan als informes que té l'advocada*, està tractant de correspondre a una petició meua. Li vaig demanar si podia detallar la medicació que li van prescriure i la que pren actualment. Ho vaig fer pensant en el possible lector que, com l'autor, desconeix de quina mena de prescripció farmacològica i de quins efectes secundaris consegüents estem parlant. Vaig preguntar-me: qui millor que la persona que pren la medicació i viu els seus efectes per parlar-ne?⁵¹ Ens estem referint a psicofàrmacs.

Segons el Diccionari Enciclopèdic de Medicina de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, són «medicaments psicòtrocs que s'utilitzen per al tractament de les malalties mentals. S'hi comprenen els psicoestimulants i els neurolèptics, els tranquil·litzants, els antidepressius, els ansiolítics, els sedants, els hipnòtics, les sals de liti, etc».

Segons Neus Barrantes-Vidal, psicòloga i investigadora clínica, consultada el 22 de desembre de 2010, el fet que la pacient tingui diferent medicació per als diferents

⁵¹ De forma semblant, es preguntava Paulo Freire (1974: 63): «Qui, millor que els oprimits, està preparat per comprendre la terrible significació d'una societat opressora?».

síntomes que presenta explica que s'acabi convertint en una pacient polimedicalitzada, com en el cas de la Txell. Continua ara el seu relat.

Efectivament, quan portava uns cinc mesos de baixa vaig rebre una carta de la mútua dient que m'hi havia de presentar al dia següent o em deixaven de pagar la baixa, cosa que no poden fer. Em varen amenaçar de males maneres; els vaig trucar i comentar la meva situació demanant que em vingués a visitar un metge a casa. Es varen negar rotundament. Em vaig posar tan neguitosa que només pensava en escapar d'aquest món, sortir al carrer i que m'atropellés un camió. Però no ho vaig fer. Vaig demanar ajuda perquè m'acompanyessin a la mútua. Per sort, la Dra. de la mútua va veure que no estava fent "cuento" i em va proposar un ingrés psiquiàtric al qual m'hi vaig negar. Em va donar temps i em va explicar que hauria de passar per l'ICAM perquè portava molt temps de baixa, però que parlaria amb ells i esperarien uns mesos. Va ser aquí quan vaig empitjorar amb aquesta pressió, tot i que ella em va dir que tranquil·la, i les idees autolesives no em deixaven viure, fins arribar al punt de lesionar-me amb barres de ferro, fer-me mal per notar el meu cos sense vida, adormit. Els meus companys de pis em lligaven les mans perquè no em lesionés, però embogia de mala manera. Va ser llavors quan vaig demanar ajuda a la psiquiatre, no em reconeixia, no era jo. I em va derivar a St. Pau i d'allà al psiquiàtric de Bellvitge.

A Bellvitge em varen diagnosticar depressió major, trastorn bipolar, trastorn de la personalitat, agorafòbia i trastorn cluster B, que això vol dir persona agressiva al carrer. No hi estic gens d'acord, ja que jo era agressiva amb mi mateixa, mai he fet mal a ningú, ni tan sols a una formiga! Em vaig indignar molt, no entenia res de res.

Em varen imposar 17 pastilles, em varen sobremedicar de tot i sobretot de zyprexa. No podia tenir una conversa, no recordava res de res. Estava totalment incoherent, amb el zyprexa, vàlium, transilium, trileptal i dos antidepressius, però sobretot amb la pujada del zyprexa que té com a efecte secundari engreixar-se. Vaig passar de 32 kg. a 62 kg. Sí, sí. Així mateix. La magnitud de la meva pèrdua d'identitat cada vegada anava a més.

Allà dintre el psiquiàtric vaig aprendre que per sortir ràpid d'allà havia de pendre'm tot el que em diguessin els metges i així ho vaig fer. Quin remei. Al cap d'un mes ja era fora i drogada com mai.

Per a algú com jo que no pren ni una aspirina des que era petit -només quan la mare me'n donava ocasionalment- disset pastilles diàries li semblen una sobremedicació. Només així es pot comprendre el discurs de la Txell, al cap de poc temps de conèixer-nos, quan li escoltava dir: «Tot és culpa de les pastilles». O també quan diu: «No t'hi identifiquis, són les pastilles», davant d'un canvi en la pauta de medicació que provocava un seguit d'efectes secundaris -impossibles de comprendre si no t'han retirat alguna vegada els antidepressius de la pauta de medicació-. No els viu l'antropòleg, ni tampoc el psiquiatre, en aquest cas. Es tracta del punt de vista de la «nadiua», que correspon a la dimensió del seu «malestar» (*sickness*).

Preguntat per aquesta qüestió, el dia que vaig visitar-lo a la seva consulta privada, el Dr. Jordi Marfà va contestar que a partir del DSM (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals) s'estableix que determinat trastorn equival a determinada medicació. El Dr. Marfà -recordem: d'orientació psicoanalítica i que forma part del sector crític amb el darrer DSM- diu que «segons aquesta lògica [del DSM] la malaltia és igual al fàrmac i el fàrmac igual a la malaltia». La mateixa Txell escriurà més endavant en el seu relat: *aquesta gran orgia d'etiquetes amb les seves pastilles corresponents*⁵².

En el que és una anatomia de l'aparent objectivitat dels DSM, la il·lusió d'una classificació atèrica, asocial i acultural dels trastorns mentals, Àngel Martínez Hernáez (2000: 259) ens diu:

Al romper los nuevos DSM [DSM-III, DSM-III-R i DSM-IV] con este presupuesto [el fet que la malaltia resti fora ara de l'espai de l'ésser] se hace posible un acercamiento ontológico y epistemológico entre las enfermedades físicas y los trastornos mentales y, como contrapartida, la marginación del modelo psicoanalítico en beneficio del biomédico. Y es que para una

⁵² Vegeu *infra* pàg. 126.

psiquiatria científica, esta asociación entre ser y patología, entre biografía y trastorno mental es inexacta, por no decir errada.

En el cas de la Txell, la identificació del seu sofriment passa pels efectes secundaris del tractament farmacològic. El mal s'identifica, paradoxalment, amb el remei que prescriu l'expert mèdic. Sembla estar dient: «Jo no faig això en tant que sóc jo, sinó en tant que visc sota els efectes d'una medicació psiquiàtrica». Es dóna aquí una tipificació de la malaltia mental on el sofriment de la persona passa a ser considerat el delictes, i la medicació, la seva pena. No hi ha lloc per a la comprensió en aquesta mena de tractament mèdic. Com es preguntava Martínez Hernáez (2000: 260): Què formarà part del ser i què del sofriment?

Reprenem el relat de la Txell allà on l'ha deixat:

Allà dintre el psiquiàtric vaig aprendre que per sortir ràpid d'allà havia de pendre'm tot el que em diguessin els metges i així ho vaig fer. Quin remei. Al cap d'un mes ja era fora i drogada com mai.

Amb el temps que vaig estar vomitant amb la paroxetina i amb tanta medicació, sobretot el zyprexa, a part de l'úlceres, els ronyons, colon irritat, es van afegir els canvis de pes, pèrdua de la memòria, em queien queixals i dents, se'm va tornar la llengua plena de talls, sense la capa protectora, vaig perdre la regla. Tots aquests símptomes excepte l'odontologia i canvis de pes encara són presents en mi. I l'úlceres comporta pendre's un omeprazol cada dia, pels ronyons calmants, la infecció d'orina la tinc controlada amb plantes naturals, pels talls de la llengua gelatina, moltes vegades també em provoca estat febril. I cada vegada que em prenc la medicació m'he d'asseure perquè perds l'equilibri. Recordo al principi que no ho tenia controlat. La de vegades que vaig caure fins i tot dormint. Ja era una cosa habitual en mi fotre'm de lloros pel pis, carrer, etc.

Amb tot el meu patiment psicològic, dels efectes secundaris i repeteixo de la meua pèrdua d'identitat i crisi existencial, em varen citar a l'ICAM una altra vegada. Aquests van comprovar que no estava apte per a treballar, ni per res de res. Ells van

continuar el seu procés i em varen derivar a un tribunal perquè valoressin la meva situació. Dins d'aquell tribunal hi havia una psiquiatre i psicòloga. Recordo que no hi vaig estar gaire estona a l'entrevista. Em varen comentar que ja m'arribaria una carta. I al cap d'una setmana ja la tenia a la bústia i em notificaven que des d'aquell moment passava a ser pensionista, cosa que em va costar molt de digerir que amb 27 anys t'incapacitin, però realment no podia treballar. Una altra vegada es va accentuar més la meva depressió de sentir que no vals per res, un buit em va envoltar i cada vegada més em mancava trobar sentit a la vida.

Ja que abans de tota aquesta moguda jo treballava, estudiava filosofia i biblioteconomia i documentació. Es va parilitzar la meva vida.

A la presentació conjunta de les persones que vàrem compondre de bon començament el grup de Teatre de l'Oprimat, el 23 de setembre de 2010, cadascú va explicar el motiu de la seva presència i la seva expectativa davant del grup. La Txell va parlar d'una oportunitat per retrobar-se amb l'activitat teatral, interrompuda com tantes altres coses arrel de la crisi, l'ingrés psiquiàtric i els efectes secundaris de la medicació prescrita.

Aquell mateix dia de la presentació del grup, tot fent el trajecte de tornada amb metro junts, em va començar a explicar les dificultats que tenia per desplaçar-se sola pels espais del metro. Sobretot, en aquelles estacions de TMB (Transports Metropolitans de Barcelona) més transitades i concorregudes de gent. Identifica com a «complicades», per exemple, «Passeig de Gràcia» i «Espanya». També em va comentar la suspensió del carnet de conduir, a causa de la medicació prescrita. Més endavant, em parlaria del risc de caigudes i d'«una por irracional que pateix».

Nikosia

La veritat és que em vaig sentir molt rebutjada per terceres persones. En molts moments per mi mateixa i per l'entorn social.

Davant d'aquesta incomprensió, amb ganes de reivindicar els drets com a persones que som, vaig pensar que d'una manera o una altra, havia d'abordar aquesta situació: enfrontar-me a tot aquest estigma i patiment per a poder comprendre una mica millor tot el que estava vivint.

Un professor de filosofia (carrera que no he pogut continuar pels efectes secundaris de la medicació, com ara la retenció de memòria) em va comentar que hi havia una associació d'usuaris mentals que reivindicaven els seus drets a través de la ràdio, Ràdio Nikosia. El professor de filosofia va veure que jo continuava tossuda en continuar la carrera i que no podia, ja que anava molt sobremedicada, així que em va presentar un company de classe que és de Nikosia. Vàrem quedar i sense pensar-ho, ja que vaig trobar molt interessants les activitats i la lluita que es porta a terme a la ràdio, m'hi vaig incorporar. Aquesta va ser una bona manera d'abordar la meva situació, ja que va ser a Nikosia quan vaig començar a reafirmar-me una altra vegada com a persona, i no com a boja etiquetada, a tornar a confiar en mi mateixa. Això va ser al maig de 2007 i encara formo part d'aquesta associació, d'aquesta gran família que es reuneix a Contrabanda, emissora de ràdio lliure. I des d'aquí parlem de diferents temàtiques, fem xerrades sensibilitzadores lluitant contra aquest estigma que ens han imposat i demostrant que som persones com qualsevol altres. Ni més ni menys. Potser més sensibles però davant de tot persones. Ja n'estic farta d'aquestes jerarquies que hi ha muntades al CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults), a psiquiàtrics i a la societat on vivim. Al haver patit uns símptomes no dóna dret a què se'ns tracti discriminant-nos d'aquesta societat. Jo em pregunto: com pot ser que el patiment d'una persona estigui jerarquitzat i estigmatitzat?

El fet d'anar a Nikosia, tot i que sovint se m'hi havia d'acompanyar o se m'ha d'acompanyar, perquè la meva ment es bloqueja a través d'un pànic irracional contra el qual porto temps lluitant, o bé perquè em despersonalitzo i m'hi veig doble, perdo la percepció sensorial del meu cos, ansietats... Ha evitat un aïllament de la meva vida reclosa a casa.

La Txell incorpora per primera vegada en el seu relat la primera persona del plural per referir-se a ella mateixa com a membre del col·lectiu Ràdio Nikosia. Quan en

una ocasió va pensar en la possibilitat d'anar-se'n a viure a Granada (d'on és originària la seva mare i la banda materna de la família), Nikosia va ser una de les raons per no fer-ho. «Me'ls hauria d'endur a tots cap allà», em va dir. L'adopció d'aquest «nosaltres» implica, com escriu ella mateixa, *reafirmar-se una altra vegada com a persona, i no com a boja etiquetada, a tornar a confiar en si mateixa*. Però aquest «nosaltres» no deixa de ser, per a la Txell, un subconjunt dins d'un conjunt que voldria que fos més unificador, *davant de tot persones*.

La Txell parla de *la lluita que es porta a terme a la ràdio*. Identifica la lluita del col·lectiu Nikosia, *contra aquest estigma que ens han imposat*, que pot manifestar a través de tota la seva experiència personal. Què és Nikosia per a ella: un club social, una família? S'hi refereix com *aquesta gran família que es reuneix a Contrabanda*. Nikosia representa per a ella un «coixí» social, però no és la societat. La societat en la qual viu no la integra. La jerarquitzza, potser només per ser més sensible que la mitjana.

Si no formés part del col·lectiu Nikosia, ens diu, no sap de quin col·lectiu formaria part. Hi ha una recerca d'allò familiar dins del seu itinerari. El que planteja el cas de Meritxell Torres no és un problema individual, és un problema social. El d'una societat que no es preocupa dels seus membres, ni els ajuda.

El que pot enumerar la Txell és un seguit d'aliats o amics en el decurs del camí: la germana durant el primer ingrés psiquiàtric (*Sort que la meva germana va estar amb mi a St. Pau i ho va poder comunicar als familiars i amics*); la metgessa de capçalera (*Va comprendre el meu cas, es preocupava moltíssim per la meva salut*); el professor de filosofia que li va parlar de Nikosia i del qual rep consell actualment; i el col·lectiu Ràdio Nikosia, que *ha evitat un aïllament de la meva vida reclosa a casa*.

Diu Terradas (2000: 31-32):

La identidad cultural nunca es netamente individual o colectiva. Se halla a medio camino de la memoria de las significaciones personales y de la memoria de los cronotopos comunes. Se construye en el ir y venir entre ambas partes. Siempre posee arraigos y vinculaciones, sentimientos y derechos, pero no necesariamente unificados o fijados en un sólo lugar o en un modo de vida particular.

Dins l'itinerari de la Txell trobem una altra sèrie de persones aliades que corresponen a recursos paral·lels o alternatius, a les «noves» formes de «l'altra» medicina, altrament dites medicines alternatives: com poden ser la naturopatia, el ioga i el xamanisme. Ens diu Tullio Seppilli (2000: 41) que aquest desplaçament de creixents sectors de la població troba un fort estímul en la intensa càrrega emocional i en l'atenció personalitzada, que a diferència de la biomedicina, caracteritzen les formes de relació amb el pacient i amb el seu context.

Són els casos de la naturòpata de Vic i d'un mestre guaridor mexicà. Però també del metge de poble, que des que la Txell era petita ha estat el metge de la família. Ella recorda com, de petita, li explicava que el pare pegava a la mare i de vegades a ella també. Considera al metge del poble un amic més i encara ara, de tant en tant, quan hi torna, es retroben i enraonen.

La Txell ha parlat d'un pànic irracional, que fa bloquejar-li la ment, de despersonalització, de diplopia, de pèrdua de la percepció sensorial del cos i d'ansietats. Com escrivia Martín Correa, a la seva tesi doctoral sobre Ràdio Nikosia (2009: 278):

Txell sufre de agorafobia y hay días en que no sale de su casa, según dice no se ve con fuerzas «ni de abrir la puerta de la calle». Entonces llama por teléfono y hace su reflexión al aire en diálogo directo con los demás. La agorafobia de Txell es ya un tema de preocupación por parte del colectivo.

Han passat un parell d'anys d'ençà aquest paràgraf del Dr. Martín -com li fan broma sovint alguns nikosians, acostumats a tractar amb doctors en Psiquiatria-⁵³. I al llarg dels mesos de convivència amb Nikosia només recordo una vegada que la Txell hagi trucat per fer la seva reflexió en directe. A finals de gener de 2011, la seva absència a l'estudi de Contrabanda va estar motivada per recuperar-se dels «cops» que li van

⁵³ Martín Correa-Urquiza és Dr. en Antropologia per la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Des de febrer de 2011 també ostenten aquest tractament els també nikosians Márcio M. Belloc i Károl Veiga. En ocasió d'un programa de ràdio, en ser tractat de Dr. Martín, va adreçar-se a la Txell com a Dra. Txell. Ella va respondre tot seguit: «Ja m'agradaria!».

Si s'ho proposa seriosament no veig per què no ho hauria d'aconseguir -arribar a ser antropòloga, vull dir com a conseqüència del seu esforç. Ella és tafanera, sent curiositat per les coses, reflexiona i fa moltes preguntes, qualitats totes elles que són pròpies de l'etnògrafa.

suposar les morts amb un breu interval de temps de tres persones properes. Aconsellada per la naturòpata, es va quedar uns dies més en terres osonenques. Des d'allà, va telefonar per participar en directe al programa i explicar-nos que havia recuperat la gana i es trobava una mica millor.

Arrel del tractament amb aquesta naturòpata, assegura que pot controlar millor el que a vegades percep com a doble o distorsionat. L'agorafòbia i la diplopia s'han tornat intermitents, tot i que no han desaparegut de la seva existència. Quan li succeeixen, admet que pràcticament no pot donar ni un pas fora al carrer sense ajut. En companyia de l'altre, una amiatat, és capaç de donar-ne molts. Però diu que tampoc es calma llavors, perquè sent la preocupació de l'altre i li sap greu.

A conseqüència de descobrir el cos mort d'un amic i company de pis, a principis d'Any Nou de 2011, la Txell pateix diplopia uns dies seguits. Des que ella va acceptar la meua proposta d'itinerari, li succeeixen un seguit de fets, davant dels quals no puc (ni vull) mantenir-me al marge. A la sortida del programa de Ràdio Nikosia en homenatge a Jota, també nikosià, l'acompanyo al metro. Jota tenia trenta-dos anys i era músic de professió. Músic de carrer. Vivien junts amb un altre company de pis a Barcelona. El coneixia des de 2007. Mentre caminem pel vestíbul del metro i escoltem la música d'un altre músic urbà, ella va parlant. Em descriu la visió doble que en aquests moments pateix de forma semblant als efectes produïts pel consum d'alcohol. Assegura que ara mateix no sap de què està feta. Ni qui és. Però al mateix temps, per tot l'espai del metro, és capaç d'expressar un seguit de vivències, de trets personals, d'aficions, de records que la vinculen amb la persona real que és.

Em diu que «és molt culé», d'aquelles aficionades al futbol que davant de partits importants del Barça es posen nervioses les hores abans i durant el temps que dura el partit. Sempre que pot, segueix el partit del Barça amb la transmissió per ràdio de Joaquim Maria Puyal⁵⁴, que ha esdevingut per a molts oients una veu radiofònica d'allò més familiar. També em diu que és de menjar bé. Malgrat que quan m'ho explica pateix un problema alimentari. No pot menjar res d'ençà el que ha passat, ja que encara sent la pudor de putrefacte del pis. Li vénen nàusees amb el menjar. Se li contrau l'estómac. Aquests dies pren la medicació sovint amb l'estómac buit i recorre a la seva naturòpata

⁵⁴ Em refereixo a Joaquim Maria Puyal, periodista, que narra els partits del Barça per la ràdio nacional de Catalunya des de 1985.

perquè l'ajudi a recuperar la gana. Continua explicant-me més coses: ha estudiat música des dels setze anys, el seu instrument és la bateria i actualment tocar la bateria sorda li serveix per realitzar les pràctiques tècniques, tot coordinant moviments de mans i peus, i per concentrar-se millor. Alhora, evita mirar el seu reflex al mirall del metro. M'explica el que farà demà. L'endemà és dijous i li espera anar a portar la baixa, visitar la psicòloga del CSMA, fer ioga i la sessió de teatre de l'oprimit.

Els símptomes de la malaltia (em refereixo a la diplopia) formen part del seu dia a dia també. Però la percepció de l'objecte observat amb una imatge visual doble és viscuda abans que la psiquiatria la interpreti com un símptoma de despersonalització. Sorgeix a partir del dol per la mort d'una persona estimada, per la pèrdua de la relació social. Allò que es defineix com a símptoma de despersonalització, en clau clínica, pot ser definit en termes culturals com una conseqüència normal a la necessària adaptació d'una persona davant un fet imprevist i devastador com és trobar-se un amic i company de pis, al llit, dos dies després de la seva mort.

Com assenyala Arthur Kleinman (2008: 112):

[The symptoms] They are normal because when the problems disappear or moderate, so do the symptoms.⁵⁵

Aquest record, per trasbalsador que sigui, forma part de l'experiència viscuda i per tant de la seva identitat. Com si el seu cos fos un recipient que guardés els fets viscuts i expressats de múltiples maneres. Els antropòlegs mèdics nord-americans Arthur i Joan Kleinman (2000: 17) cerquen identificar el procés sociosomàtic que connecta el món social amb l'individu en tant que ésser corporal. La categoria sofriment social (*social suffering*) convida a apreciar la manera com es mescla l'univers social amb l'ésser corporal (*body-self*).

Arthur i Joan Kleinman (cit. dins Scheper-Hughes, 1997: 184) elaboren tot un discurs sobre la somatització del pacient:

⁵⁵ «[Els símptomes] són normals perquè quan els problemes desapareixen o es moderen, també ho fan els símptomes».

La «somatització» com un mecanisme de defensa en general mal adaptat i bastant primitiu que implica la utilització del cos en la producció o exageració de símptomes com una forma d'expressar sentiments negatius o hostils.

El cos de la Txell es queixa, s'expressa amb allò que, transformat en símptoma mèdic de despersonalització, deixarà de ser cada cop més identitat viscuda per entrar al domini tècnic de la medicina. El cos mèdic, diu John O'Neill (cit. dins Csordas, 1994: 6), es refereix al procés de medicalització en el qual un nombre creixent de processos corporals (com podrien ser respirar, envermellir-se, la menstruació, el naixement, el sexe, plorar i riure) són subjectes a controls mèdics i a la tecnologia. Ens podem preguntar si l'anomenada diplopia forma part del procés corporal que du a terme la Txell arrel de la pèrdua del seu amic i company de pis. Les etiquetes psiquiàtriques, com suggereixen Strain i Diefenbacher (cit. dins Kleinman, 2008: 112), representen els reconeixements psiquiàtrics dels límits existencials i de les incerteses de viure. Em pregunto: pot ella viure (amb) la diplopia o una diferent percepció del cos sense deixar de ser ella mateixa? Aquí estic defensant que sí.

Diu Terradas (2000: 32) que pel que fa a l'expressió de la identitat cultural, sent més o menys compartida, és gairebé sempre més implícita que explícita. En aquest sentit, Michael Taussig (1995: 123) diu:

La veritable tasca de la teràpia és una arqueologia de l'implícit, de tal manera que els processos pels quals les relacions socials estan ficades dintre les malalties s'aclareixin, es descosifiquin i, en fer-ho, alliberin el potencial per manejar-se amb contradiccions antagòniques i per trencar les cadenes de l'opressió.

Durant el trajecte en el qual l'acompanyo, ella desenvolupa un seguit de tècniques corporals, com anomena Marcel Mauss (1991: 337) a la forma en què fa ús del seu cos en una forma tradicional. Li dóna tabac -del poc que li queda- a un transeünt que li'n demana; pren un te amb llimona a la terrassa del *Glaciar*; fuma tabac; camina de la terrassa fins a la parada del metro; baixa les escales del metro; compra una targeta de transport; introdueix el bitllet per la ranura i avança en obrir-se-li la porta; camina

per l'andana tot procurant no caure a terra ni ensopegar amb cap altre transeünt; practica una tècnica d'acompanyament apresada al seu dia dins un curs de formació sobre persones amb disminució visual, etc. I a la vegada, manté una conversa amb mi. Expressa que li agradaria indagar sobre el que li passa, escriure sobre això mateix que la fa veure doble. Viu i s'expressa amb l'anomenat símptoma de la despersonalització.

Ens diu Taussig (1995: 110):

Els signes i els símptomes d'una malaltia, tant com la tècnica de la guarició, no són «coses en si mateixes», no són només biològiques i físiques, sinó que són, també, signes de relacions socials disfressades com a coses naturals, ocultant els seus orígens dins la reciprocitat humana.

No només és conscient d'haver viscut i de viure l'anomenat símptoma, sinó que amb aquest itinerari demostra que és capaç de descriure, interpretar i reflexionar en veu alta sobre el que li passa. Com escriurà ella mateixa parlant d'un fet viscut anterior⁵⁶:

Estava amb una ansietat tan generalitzada i en un estat de shock, que em va portar a escoltar veus, greus, que no entenia res del que em deien. I lògicament no volia ingressar. Havia de lluitar per la meua pensió. No podia ingressar. I segona: sabia perfectament d'on venien aquelles veus i què les provocava: eren a causa d'una ansietat generalitzada.

Ella assumeix el que li passa tot fent una elaboració mitjançant una teoria etiològica⁵⁷. Allò patològic s'expressa culturalment i constitueix identitat. No malalta, tampoc sana. Només una identitat cultural, expressada corporalment i que es narra a si mateixa.

Continua Terradas (2000: 32):

⁵⁶ Vegeu *infra* pàg. 122.

⁵⁷ Vegeu *supra* pàg. 70, per a la qüestió d'una teoria etiològica de l'ansietat.

Se podría pensar que la identidad cultural es cosa de sentimientos que pueden o no pueden comprenderse, y que arraigan en subjetividades y fenómenos de «psicología de masas». Pero, de hecho, así nos acercamos a la identificación política, la cual utiliza la identidad para identificar. Y este es un proceder ajeno a la identidad como algo vivido. Es su alienación: reducción y conversión abstracta de una memoria de vida en un signo de pertenencia o estigma político.

La diplopia és diplopia abans que la psiquiatria la interpreti com un símptoma de despersonalització. Des del moment que s'identifica com a símptoma de la malaltia mental, l'experiència viscuda passarà a formar part de l'ordre de la identificació. Si aquesta identificació a la vegada passa a formar part de la identitat de la persona, això és una bona qüestió. En el cas de la Txell, una persona real, no és clar.

Ella s'arriba a definir a si mateixa una sola vegada al llarg de l'itinerari i ho fa com «una persona més sensible». No com a malalta mental, ni com a afectada amb trastorn mental, ni tampoc amb el seu diagnòstic psiquiàtric. La identitat cultural -que no és mai purament individual, ja que llavors ja no seria ni identitat ni cultural- és necessàriament volguda. I comporta raonaments i voluntats explícites, experiències que es tenen per referents summament objectius, tractes formals i pautes morals (Terradas, 2000: 32).

Ella ens diu:

Potser més sensibles però davant de tot persones. Ja n'estic farta d'aquestes jerarquies que hi ha muntades al CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults), a psiquiàtrics i a la societat on vivim. Al haver patit uns símptomes no dóna dret a què se'ns tracti discriminant-nos d'aquesta societat. Jo em pregunto: com pot ser que el patiment d'una persona estigui jerarquitzat i estigmatitzat?

Aquest patiment al qual fa referència la Txell recau dins un cos i una ment. Segons Csordas (1994: 20), la distinció convencional entre ment i cos és, en termes antropològics, una dicotomia entre cultura i biologia. Però com ens diu Good (2003: 245), la malaltia no és quelcom que té lloc al cos, sinó a la vida. La malaltia es produeix

tant en el cos com en el temps, en un àmbit, dins la història i en el context de l'experiència viscuda i del món social. Afecta al cos en el món.

Diu Csordas (1994: 10):

The distinction between representation and being-in-the-world is methodologically critical, for it is the difference between understanding culture in terms of objectified abstraction and existential immediacy. Representation is fundamentally nominal, and hence we can speak of «a representation». Being-in-the-world is fundamentally conditional, and hence we must speak of «existence» and «lived experience».⁵⁸

Com pregunta Jesús M. De Miguel (1996: 12-13) en boca d'un antropòleg: «¿Hay diferencias entre la vida contada y la vida real? ¿Sí? ¿Quién las define? ¿El investigador? ¿Por qué? ¿Con qué derecho?». En el nostre context, hem pretès resoldre la confrontació entre llenguatge i experiència amb l'estudi concret de l'experiència viscuda de la Txell, mediatitzada pel llenguatge de la narrativa d'identitat i representada finalment en l'anomenat itinerari de la Txell. Prosseguim amb el mateix.

Hem parlat del suport que rep de la naturòpata de Vic, però com hem dit abans la Txell també s'ha vist amb un xaman o mestre guaridor, en unes cinc ocasions. Jo mateix vaig acompanyar-la un dia de març de 2011 a una sessió grupal (amb una desena de persones més) amb l'assistència també de la naturòpata.

La Txell creu en energies que flueixen pel cos. I sempre que té l'oportunitat de fer-se guarir per aquesta mena de guaridor pelegrí, com es fa dir, el va a veure quan és de visita a Barcelona. Desconec encara si el motiu de la «guarició» s'ha de buscar en l'art de la suggestió mental. El cas és que després de la sessió vaig experimentar un seguit de sensacions corporals que només se m'acut d'emparentar amb les que havia experimentat al cap d'unes hores de donar sang; com si el cos, adormit, es despertés de bell nou.

⁵⁸ La distinció entre representació i ésser-al-món és metodològicament crítica, per això la diferència entre comprendre la cultura en termes d'abstracció objectivada i immediatesa existencial. La representació és fonamentalment nominal, i vet aquí que podem parlar d'«una representació». Ésser-al-món és fonamentalment condicional, i vet aquí que hem de parlar d'«existència» i d'«experiència viscuda».

Puc comprendre el que la Txell vol dir quan parla d'energies -tot i que no comparteixi la seva creença en elles-. I també puc comprendre el motiu pel qual unes altres persones feien cua, com nosaltres, per entrar a la sessió del xaman. Segons explicaven algunes d'aquestes persones un cop dins, patien algun dolor físic o sofriment mental que els causava angoixa o patiment i cercaven consolar-se. Quan es predisposen a creure en el seu alleujament és relativament fàcil arribar al consol a partir de la suggestió. A més, cal tenir en compte que no es paga la visita -si no es vol- ni tampoc es prescriu cap mena de medicació. Només es recomanen determinats hàbits alimentaris que es consideren saludables. Si en sortir d'allà es troben millor del que es trobaven en entrar-hi, per què hauríem de parlar de l'eficàcia «simbòlica» d'un xaman quan es tracta d'una eficàcia ben «real»?

L'ús de teràpies naturals i el recurs del xaman per part de la Txell no constitueixen tan sols reaccions contra la biomedicina. Ens diu Eduardo L. Menéndez (2005: 36) que «la quasi totalitat de les activitats de les diverses formes d'atenció actuen bàsicament respecte als patiments i les malalties i no sobre la promoció de la salut. I això no tan sols perquè ho proposin i impulsin els guaridors, sinó perquè ho sol·liciten els subjectes i grups socials, ja que aquests demanden bàsicament accions sobre els seus patiments més que sobre la seva salut».

Take the money and run

Portava 8 mesos de pensionista, quan de sobte per factors econòmics, socials i polítics, segons aquests, entràvem amb crisi econòmica i començaven les retallades dels nostres drets. (Dic segons aquests, perquè penso que ja feia temps que estàvem amb crisi, però ara molt més accentuada).

Es va anunciar que hi hauria retallada de pensions. Dit i fet! Al cap d'una setmana em varen enviar una carta de l'ICAM que tenia revisió de pensió. Ja no de com em trobava, el seguiment que estava portant... No, no, de la pensió. Aquí va començar un gran calvari, que em va portar a la desesperació absoluta.

Em vaig presentar a l'ICAM. Aquests em varen derivar a una consulta privada perquè em visitessin. Allà hi havia el Dr. X. Jo anava amb una amiga. Em va visitar i durant la consulta en cap moment s'adreçava a mi parlant, que era la pacient. No ho va fer. I li va comentar a l'acompanyant que anava sobremedicada, que havia de canviar de psiquiatre i que al cap de mig any em volia tornar a veure. Bé, per començar una altra vegada es feia visible la jerarquia entre pacient i metge. També esmentar que aquest ni cap altre doctor és ningú per dir que et canviïs d'especialista. Tot i això, amb la meva ignorància de llavors, li vaig fer cas. Em vaig passar al CSMA [d'un altre districte de la ciutat de Barcelona] on actualment encara em visito. No varen passar ni 3 dies de la visita que em va arribar una carta amb el “finiquito” de la pensió i l'alta d'aquesta. Quan vàrem sortir de la consulta, aquell doctor havia posat que estava activa per a treballar. Quan tots els informes del meu seguiment no deien enlloc que estava en disposició de treballar. Ans tot el contrari. Davant de tanta impotència i por, perquè realment amb la medicació que prenia no podia treballar, vaig presentar un recurs contra aquest doctor.

Em vaig dirigir a la meva Dra. de capçalera explicant el que m'havia passat i entregant-li els meus informes psiquiàtrics. Automàticament em va donar la baixa pel mateix motiu de quan em varen donar la pensió l'any 2008. Però l'ICAM li va bloquejar el sistema informàtic informant que aquella baixa no era vàlida. Així que parlant amb l'advocada em va comentar que no tenia altre remei que anar a treballar un dia per poder-me agafar la baixa una altra vegada. Mentre estàvem preparant la denúncia a l'INSS [Institut Nacional de la Seguretat Social]. La veritat és que per uns moments fins i tot em vaig il·lusionar pel fet de tornar a treballar. Recordo que la nit abans vaig anar a dormir a casa de la meva germana per fer-me de despertador i acompanyar-me al FNAC [És el nom del centre comercial de Barcelona on va treballar d'administrativa entre 5-7 anys]. Tant ella com jo sabíem que amb la medicació que em prenc no hi havia manera de llevar-me, però insisteixo que jo estava molt emocionada pensant que potser me'n sortiria i ja estava pensant en demanar un trasllat al FNAC de l'Illa que em quedava més a la vora de casa.

La meva germana em va llevar dues hores abans, a les 7h. Jo m'hi posava a les 9:00h un dissabte en ple centre de Barcelona. Quan vaig arribar al FNAC em va rebre el director dient-me que si no em trobava bé l'avisés. Quan vaig veure que no era capaç

de retenir la informació que m'estaven explicant [les supervisoires], em vaig començar a sentir cada vegada més inútil i poca cosa. Em va agafar un atac d'ansietat. I les supervisoires van insistir una altra vegada, però ara amb una tasca diferent: enganxant gomets de preus a les bosses FNAC.

El meu cos no responia, i jo, poca cosa podia fer. Els meus companys de treball estaven totalment indignats en veure com estava patint, i la pressió que estava rebent. Tot i això, jo era conscient que havia d'aguantar com fos per a poder fixar i tornar a la Dra. de capçalera per agafar-me la baixa una altra vegada. De mica en mica el centre comercial es va anar omplint de mala manera. Jo, cada vegada estava més frustrada. Em sentia fatal en mi mateixa de veure que no responia a res, que la meva il·lusió de pensar que potser podria tornar a treballar va ser això, una il·lusió, que es va convertir en un malson.

Havien passat unes 3 hores i jo m'havia de pendre la meva dosi de medicació. Van aprofitar per fer-me anar al descans. No vaig poder menjar res. Em trobava fatal. Em vaig pendre la medicació i tot. Això, quan vaig tornar a entrar a la botiga, cada vegada més plena, em va agafar un atac de pànic i agorafòbia. A la mateixa hora que anava drogada perduda. La meva germana va demanar sisplau que em deixessin marxar, que si no veien l'estat en el qual estava, que cada vegada va ser pitjor. Aquests es van negar. La crisi va anar en augment i recordo llevar-me al despatx de seguretat. Em vaig quedar inconscient; amb el director, supervisoires. Jo estava molt espantada, però identificava totes les emocions. Aquests van avisar una ambulància. La meva germana es va negar a què pugés i jo també, perquè sabíem que allò suposava un ingrés psiquiàtric. I no era el cas. Per aquest fet de no voler pujar-hi em varen posar una falta. Em van comentar que amb 4 faltes em feien una suspensió de feina i sou, o algu així, jo no m'enterava de res del que em deien.

Després de tot això, el director es va dirigir a la sala de descans advertint que “ara hi aniria una noia que no està bé del cap”. Que si feia coses rares, l'avisessin a ell i a seguretat. És a dir, estigmatització de mala manera⁵⁹. Jo vaig arribar a la sala de descans, i em vaig adormir una estona. Volia fugir d'allà, però sabia que havia de fixar

⁵⁹ Comparteixo la interpretació que fa Meritxell Torres de la situació viscuda. Quan el director del centre comercial adverteix i avisa de la manera que ho fa està tornant als vells temes de perillositat, criminalització de la malaltia, etc. que sempre apareixen rere la intervenció de les forces d'ordre públic.

per almenys tenir un dia “treballat” i agafar-me la baixa. Va ser un horror tota la situació viscuda, no necessària i vaig sortir d'allà enfonsada de mala manera. No volia viure.

El dilluns em vaig presentar al metge i li vaig explicar tot a la doctora. Em va tornar a donar la baixa i aquella mateixa tarda vaig trucar a l'ICAM per explicar la meva situació demanant que em visitessin i em tornessin a valorar. La persona que em va atendre em va demanar disculpes, però no podia fer res amb el tema de la pensió. Una altra vegada cada setmana havia d'enviar la baixa al FNAC. I aquesta vegada tenia un control exhaustiu per part de la mútua que eren els qui em pagaven la baixa. Em feien anar cada 15 dies a la mútua demanant més informes mèdics, quan cada informe mèdic té una validesa de 3 mesos i la psiquiatre tampoc em feia els informes tan seguits. Aquests em varen derivar a un psiquiatre privat de la mateixa mútua, a les tardes.

Tot un infern. La meva vida va tornar a perdre el sentit i el valor que jo d'alguna manera li estava donant, era com una marioneta. Em feien anar amunt i avall. M'amenaçaven que els diners que estava cobrant els hi havia de tornar perquè estava de baixa pel mateix motiu pel qual m'havien tret la pensió. Sort que sempre anava acompanyada d'un advocat i un amic sindicalista. Ells entenien d'aquests temes i jo cada vegada estava més perduda, sense forces, somiant desperta. Cosa que mai a la vida m'havia passat. Estava amb una ansietat tan generalitzada i en un estat de shock, que em va portar a escoltar veus, greus, que no entenia res del que em deien. I lògicament no volia ingressar. Havia de lluitar per la meva pensió. No podia ingressar. I segona: sabia perfectament d'on venien aquelles veus i què les provocava: eren a causa d'una ansietat generalitzada. Tenia la mútua a sobre i l'ICAM també. Em controlaven la baixa, em visitaven. Aquests no es podien contradir amb el que havia dit el Dr. X i m'havien de fer controls, però a quines hores... La primera visita va ser a les 21h, total per tornar-me a repetir que no es podien contradir amb la resolució del Dr. X. Però com que m'havien de fer controls cada tres setmanes, jo els deia que també estava rebent controls de la mútua, que anava cada setmana al metge de capçalera, a la psiquiatre, a la psicòloga, que estava amb advocats... que em deixessin respirar! Però la cosa va ser pitjor.

Així que tornava a estar a la mateixa situació. No podia més amb tant d'enrenou com s'havia generat, no suportava tot el pes que m'havia caigut a sobre. Els informes no eren favorables per a la meva pensió. Amb tot això, jo portava un control exhaustiu de la meva psiquiatre. Quan em vaig adonar que realment el que estava fent amb mi era un TAI (Tractament Ambulatori Involuntari)⁶⁰ encobert. Em va començar a introduir unes pastilles antipsicòtiques, amb les quals jo cada dia em trobava encara més malament, amb idees autolesives. Em vaig tornar a autolesionar. Li deia que sisplau me les canviés o tragués. I lo que vaig aconseguir va ser una assistència obligatòria i analítiques per controlar que me les prenguéss. I em va comentar que si volia canviar de tractament m'havia d'anar a ingressar. Es va agafar malament que jutgés la seva tasca, però no era això. Jo estava fatal amb aquell nou fàrmac i no el podia deixar de pendre perquè em feia analítiques. I si no em sortia a la sang seria ella la que m'ingressaria. Estava totalment perduda amb tot el que portava a sobre. Jo volia respirar i cada vegada anava més ofegada. No veia la solució enlloc. Només esperava que sortís el judici contra l'INSS. Poder-me defensar de tot aquest malson que ja no podia suportar més. Feien amb mi el que volien. I jo, cada vegada estava més a un pas de la mort que de la vida. Però continuava com podia amb tots aquests controls i situacions violentes. Tot perquè em tornessin la pensió algun dia.

Quan la Txell fa cua al metge i es dona compte que la resta de pacients la miren de reüll només perquè s'han adonat que ella és una pacient en salut mental, quan va d'un lloc a un altre a causa d'un determinat requeriment burocràtic o quan se sotmet a constants controls mèdics (analítiques de sang i d'orina que permeten la penetració de la mirada mèdica dintre l'espai dels òrgans) no és perquè hi hagi estat «forçada». Tampoc no es pot dir que, en el seu cas, comparteixi les idees i visions mèdiques en relació a la

⁶⁰ El Tractament Ambulatori Involuntari (TAI) és una mesura restrictiva, segons la qual es pretén medicar contra la seva voluntat els pacients afectats amb trastorn mental. Tal mesura no ha estat aprovada per l'Estat espanyol, tot i els successius intents en forma de Modificació de l'article 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil (2005) i d'Introducció en la Llei de Jurisdicció Voluntària (2007). Amb aquesta mesura es pretén elevar a categoria de llei l'equiparació entre el tractament i la medicació forçada.

Vegeu ESPANYA. Proposición de ley, de 19 de julio de 2004, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 101-1; i Proyecto de ley, de 27 de octubre de 2006, de jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 109-1.

medicació psiquiàtrica. Però la pren. Ella, com molts altres nikosians, no està d'acord amb el tractament farmacològic prescrit, però el rep. S'ha d'acontentar en ser el que s'anomena una «pacient ben informada» (cit. dins Menéndez, 2005: 64), la qual es caracteritza per decidir augmentar, reduir la dosi o espaiar-la segons el seu coneixement i la seva pròpia experiència.

Aquest paràgraf precedent introdueix la qüestió de l'hegemonia, del model mèdic hegemònic (MMH), en l'itinerari de la Txell. Pacients i metges comparteixen determinades assumpcions mèdiques hegemòniques. En aquest cas, prendre la medicació psiquiàtrica prescrita. La principal característica de l'hegemonia, segons la lectura que fa Frankenberg (1988: 328) de l'obra de Gramsci, és que la classe dominant no només domina, sinó que s'ajunta amb la societat civil.

Intentarem aquí relacionar el concepte d'hegemonia (*egemonia*), que prové de la teoria política de Gramsci, amb el terme d'identificació política que estem tractant d'analitzar en el context de l'itinerari de la Txell.

Com diu Ignasi Terradas (2000: 33):

La vida de la identidad cultural queda congelada y mutilada por las fijaciones de la identificación. Que quede claro que no estamos criticando la identificación per se (en cualquier ciencia, por ejemplo, sería un disparate), sino la consumación y destrucción de la identidad, como fenómeno de cultura humana, por la identificación.

Quan la Txell es presenta amb la seva identitat cultural a l'ICAM (recordem: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques), a la consulta psiquiàtrica privada del Dr. X, al CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults), al centre comercial que era el seu lloc de treball -interpretant Terradas (2000: 33), quan es presenta a «oficines d'identificació»- pateix una alienació.

La identificación política hiere o sublima -consume- la identidad vivida, pero no ayuda a realizarla como tal. Cuanto más alienada resulte una identidad cultural, la identificación política la representará con más «derecho». [...]

La identificación es un acto clasificatorio realizado fuera del desarrollo de la vida. La identificación no comprende que la identidad se construye con recuerdos y esperanzas, y que es creativa.

Mediante el chantaje de tener que adquirir un derecho (ciudadanía, propiedad, escolaridad, trabajo...) la identidad cede a la identificación. Un derecho de incorporación sirve para des-corporificar una identidad.

En el cas de la Txell, el dret a una pensió. Emmalaltir-se i assumir la malaltia - encara que aquesta assumpció sigui social- suposa deixar de treballar. Una situació d'incapacitat permanent absoluta, la de pensionista de la Txell, que l'ha fet plorar de tristesa. Aquí es dóna el que Eduardo L. Menéndez (1985) anomena un condicionament econòmicocupacional del temps. Lluitar per la seva pensió es converteix ara en la feina de la Txell (un procés llarg i lent) quan, dels disset als trenta-tres anys, en canvi, va estar cotitzant a l'INSS. A partir de llavors, com escriu ella mateixa, *no estava apte per a treballar, realment no podia treballar*.

Com ha apuntat Àngel Martínez Hernáez (1998a: 60):

Uno de los espacios de mayor rechazo del delirio y de las demás manifestaciones de la locura es precisamente el contexto laboral, núcleo duro de la pragmatidad que no tolera tales irrupciones. [...] el mundo laboral más industrializado, capitalista o como queramos llamarlo sacude rápidamente la locura al terreno asistencial.

Després de tantes anàlisis i tants atacs realitzats, que repeteixo em varen portar a la desesperació i la bogeria, que em va penetrar, per fi va arribar el dia del judici.

Els tràmits de la demanda varen arribar el dia 11 de maig [de 2010] i el judici es va celebrar el 28 de setembre [també de 2010]. Davant de tanta incomprensió, em vaig desbordar. És molt trista tota la situació que portava a sobre i com si fos una delinqüent cap a judici. El Dr. X no es va presentar, en el seu lloc va venir una lletrada dels serveis jurídics de l'INSS.

Per a mi, i tots els que han estat al meu costat, allò va ser un calvari; l'ansietat generalitzada em va envair. El jutge va decidir que no calia que parlés. L'advocada, amb els informes corresponents, va començar a explicar que el 3 de desembre del 2008, després de dos ingressos i una gran orgia de diagnòstics, se'm va donar la incapacitat permanent absoluta. El 15 de desembre del 2009 el mateix ICAM, que em va donar la pensió, em va visitar, com ja he esmentat, el Dr. X, i aquest a pesar d'aquesta gran orgia d'etiquetes amb les seves pastilles corresponents i que a pesar del tractament jo continuava igual, es va pendre la llibertat de donar-me l'alta.

Jo i la meva advocada sol·licitàvem el manteniment de la situació de la incapacitat permanent absoluta, ja que no havia experimentat cap milloria.

L'advocada de l'INSS no reconeixia els fets, però quan va llegir un parell d'informes de l'actualitat, en els quals constatava que no s'acreditava cap milloria, va reconèixer la situació i va dir que si finalment em tornaven la pensió no presentarien cap tipus de recurs. Després d'un any llarg de lluita, el jutge va declarar que havia de continuar amb la situació d'incapacitat permanent absoluta, acreditant una patologia psiquiàtrica molt rellevant consistent en:

Un trastorn de depressió major recurrent amb trastorn d'agorafòbia, amb simptomatologia incapacitant, trastorn d'ansietat generalitzada, simptomatologia psicòtica atenuada amb distorsions perceptives i sensacions d'estranyesa.

L'afectació funcional de la patologia psiquiàtrica és reconeguda com una problemàtica personal severa, amb trastorn en el domini de les emocions, bloquejos de manera significatius i que el quadre psiquiàtric i la seva gravetat, en quant a la limitació funcional que generen, són similars a quan em van donar la pensió per primera vegada. Així que el jutge va declarar que havia de continuar amb la situació d'incapacitat permanent absoluta.

Després que el jutge declarés la incapacitat havíem d'esperar 15 dies, que van ser un mes, per si l'INSS presentava recurs. Per fi vaig poder respirar tranquil·la i concentrar-me en mi, i en tota la feina que havia fet per canalitzar les emocions i les pors, l'agorafòbia, depressió... Que ja havia oblidat per complet. Tota la meua lluita i esforços per combatre el dia a dia es van quedar amb indignació, incomprensió, tristesa, pena i amb molt poques ganes de viure. Com ja he esmentat durant tot aquest

procés, per primera vegada vaig escoltar veus, aquestes eren greus i no sabia el que em deien. La segona vegada escoltava ocells. Tot plegat va ser un trauma, però l'únic que no em treien eren les ganes de lluitar perquè es fes justícia dins de tanta injustícia.

Podia respirar una altra vegada i invertir les forces en mi per sortir del pou. Això va durar poc. Al febrer [de 2011] vaig recuperar la pensió i al cap d'un mes em van presentar un recurs contra la meva pensió per part del TSJC (Tribunal Superior de Justícia de Catalunya). Judici que encara està pendent de citació. L'INSS havia presentat recurs al TSJC esmentant que en l'actualitat no presento cap tipus de trastorn de depressió, agorafòbia, que únicament presento un trastorn de la personalitat no especificat i un trastorn distímic. En l'actualitat, els meus informes citen:

Simptomatologia depressiva major, amb agorafòbia, sensacions de despersonalització i desrealització, trets de límits de personalitat, trastorn bipolar i que no es considera que estigui capacitada per a l'activitat laboral.

Una orgia d'etiquetes i onze fàrmacs de tractament. Una altra vegada amb un judici pendent, que suposa una inestabilitat emocional brutal, una ja no entén res de res. Bé, sí, que estem en crisi i han de fer retallades. Tot i que una mica més calmada, quan hi penso només puc tenir sentiments negatius, inseguretats, impotència, ràbia, pena, el no saber...

Tot això és vergonyós, i molt cruel. Ningú té la culpa que sigui més sensible i potser percebi les emocions tant positives com negatives i les visqui amb patiments, amb pèrdues d'identitat, etc. Només falta que et vinguin aquests dictadors, t'agafin el cap i comencin a jugar a futbol amb ell, cosses a la ment i una amb aquest patiment intentant sobreviure dia a dia. És necessari que el patiment estigui jerarquitzat d'aquesta manera?

El seu sofriment mental és l'expressió d'una experiència viscuda, la qual és la base, la veritat pràctica i immediatament percebuda, com diria Paulo Freire, per a l'acció basada en la reflexió crítica. El mètode de conscientització (Freire, 2008: 17) és un mètode pedagògic que procura donar a les persones l'oportunitat de redescobrir-se mentre assumeixen reflexivament el propi procés en el qual es van descobrint, manifestant i configurant. El sentit més exacte de l'alfabetització (el mètode de Freire,

en un principi, mètode pedagògic d'alliberament de camperols analfabets) és aprendre a escriure la pròpia vida, com autor i com a testimoni de la seva història-biografiar-se, existenciar-se, historicitzar-se (Freire, 2008: 10).

Però la responsabilitat històrica del subjecte, com autor responsable de la seva pròpia història, és compartida amb d'altres. Txell i jo ens vam conèixer a Nikosia, però ens hauríem pogut conèixer -si ella hagués fet cas de la recomanació psiquiàtrica- en el context d'un taller ocupacional, ella com a «usuària» i jo com a «educador».

A la introducció ja he assumit la meua funció passada de «carceller» en aquest centre⁶¹. De manera que, tal com diu Paulo Freire (2008: 52):

Els opressors, violentant i prohibint que els altres siguin, no poden alhora ser; els oprimits lluitant per ser, en retirar-los el poder d'oprimir i d'aixafar, els restauren la humanitat que havien perdut en l'ús de l'opressió.

És per això que només els oprimits, alliberant-se, poden alliberar els opressors. Aquests, en tant que classe que oprimeix, no poden alliberar, ni alliberar-se.

L'itinerari de la Txell, escrit conjuntament en diàleg entre ella i jo, és també un intent de superar la contradicció entre opressors i oprimits.

Un anhel de recerca del dret d'ésser

És la primera vegada que la Txell es posa a escriure sobre la seva experiència. Havia escrit poemes⁶². Però, per què ara? Què vol explicar, justificar, legitimar, entendre escrivint la seva vida? Ella declara que viu el moment. Per què escriure, doncs? Per què reviure? El seu relat és un acte voluntari. Ella afirma que va perdre la

⁶¹ Vegeu *supra* pàg. 13-19.

⁶² La transcripció completa d'un poema de Txell Torres es troba als Annexos d'aquest treball. La seva inclusió, com a complement de l'itinerari, respon, com diria Clifford Geertz (2010: 155), a la necessitat de fer-lo accessible al possible lector per tal de captar correctament el punt de vista de l'autora, fer perceptible la seva realitat i clarificar el marc cultural en què es desenvolupa la seva existència. En aquest poema, escrit l'any 2008 i titulat *A por ellos*, ella identifica la lluita que pot manifestar a través de tota la seva experiència personal.

seva identitat en el context psiquiàtric. Pot ser aquest un intent per redescobrir-la, transformada. Com Nikosia, aquest itinerari representa una afirmació de la seva identitat, sempre dinàmica, i a la recerca de complexitat. Aquest itinerari és també seu, també viscut i volgut lliurement.

Diu Oriol Pi-Sunyer (2004: 102):

L'autoetnografia serveix d'eina per posar de manifest la naturalesa múltiple i complexa de tota forma d'identitat.

Com diu també Terradas (2000: 33):

La identidad cambia tanto como la vida, que es, mientras que la identificación queda estancada.

Des del principi del nostre diàleg obert, ella es mostrava amb el temor de no ser capaç de concentrar-se davant del full de paper i escriure com feia abans, unes tres o quatre pàgines per a un examen de filosofia. Al mateix temps, jo li manifestava la meua recança a utilitzar el que aprenia al seu costat com a material etnogràfic. Ella em responia que el meu treball no tenia fins «morbosos», ni «sensacionalistes».

Posar-se a escriure la pròpia experiència personal significa desafiar-se de forma crítica; un acte d'independència. Donat que ella va dient -a tothom que la vulgui escoltar- que vol estudiar antropologia, vaig pensar oferir-li realitzar una autoetnografia fent servir com a referent la de Mari Luz Esteban (2004b). Li vaig proposar a la sortida d'una assemblea de Nikosia, un dia de novembre de 2010, els dos ja asseguts als seients del metro. Més tard, la proposta va derivar en el conegut com a itinerari de Meritxell Torres.

Ella ha començat una sèrie de carreres: les de Formació Professional (FP), Biblioteconomia i Documentació, Filosofia, però no n'ha acabat cap. Li va manca l'anglès per a l'acabament dels estudis de FP i va entrar a la Universitat via la prova d'accés per a majors de 25 anys. Això a vegades la torba una mica degut al camí que li queda per recórrer i el que ha deixat enrere.

En aquest itinerari hem partit justament d'una mirada cap al passat, el seu ingrés psiquiàtric. Ha estat ella qui ha decidit començar per aquí. Per començar a construir

conjuntament el seu itinerari, vam reunir-nos un dia a la biblioteca de la Facultat del Raval de la Universitat de Barcelona, dins una d'aquestes sales de treball tan demandades de la primera planta. Allà vam anomenar quatre paraules clau o temes generadors, seguint la terminologia emprada en el mètode de Paulo Freire (vegeu Freire, 1974 i 2008). Aquestes paraules o temes generadors van ser: «baixa», «pensió», «denúncia» i «justícia», sorgides espontàniament a mesura que la Txell es proposava estructurar el seu relat. El resultat ha estat un capítol de tesina que té tant de relat personal com d'anàlisi sorgida de manera dialogada.

Un anhel de recerca del dret d'ésser recorre l'itinerari de la Txell com a resposta a la violència soferta. Un dret d'ésser que no té res a veure amb la fórmula psicologista de l'enfortiment del propi jo i la individualització personal. L'ésser només serà amb l'altre, en companyia de l'altre, si se socialitza. Si la societat la integra com una persona més. No com una «ciutadana de segona», com percep la pròpia Txell que és tractada quan se li nega la sociabilitat humana: quan ha estat ingressada al psiquiàtric o rep l'amenaça implícita (o explícita) de tornar-hi (*si volia canviar de tractament m'havia d'anar a ingressar*⁶³); quan no dialoga realment amb psiquiatres ni psicòlegs fins al punt de dubtar del paper i la funció d'aquests professionals anomenats de la salut; quan és incapacitada per a treballar i es fa la il·lusió de tornar-ho a fer; quan no pot matricular-se als estudis de filosofia perquè -segons la lògica assistencial que li concedeix una pensió- si se la considera no apte per a treballar tampoc no se la considera apte per a estudiar, etc.

Per això trobem tanta capacitat sociable en la ràbia, tristesa, sofriment i soledat que apareixen en l'itinerari de la Txell.

Tornar a la vida que portava abans, la que somiava recuperar en sortir del psiquiàtric, no pot. És la mateixa Txell la que somia ara des del present, que és l'únic que podem viure.⁶⁴ Al llarg d'aquest itinerari, ella ha estat capaç de traçar una continuïtat entre un abans i un ara, però com tot itinerari el seu també és obert i

⁶³ Vegeu *supra* pàg. 123.

⁶⁴ Com escrivia Pasolini (2009b: 192): «Solo l'amare, solo il conoscere/conta, non l'aver amato/non l'aver conosciuto». La traducció espanyola d'Stéphanie Ameri i Juan Carlos Abril (Pasolini, 2009b: 193) és la següent: «Sólo el amar, sólo el conocer/cuenta, no el haber amado/no el haber conocido».

inacabat. Els éssers humans som per definició éssers inconclusos, no acabats i conscients d'aquesta inconclusió.

El dia que em va donar les primeres vuit pàgines que havia escrit, perquè jo les llegís -per cert, l'endemà no podia creure's que li hagués entès la lletra!- em va dir que havia tornat a somiar mentre dormia, després d'un temps sense poder-ho fer. Malsons, em va dir que va tenir. Jo vaig preguntar-li què preferia: no somiar com fins llavors, o tenir malsons com ara. I ella va contestar que preferia somiar -encara que fossin malsons-.

CONCLUSIONS

He afirmat a la introducció que la tesi que volia defensar amb aquest treball tenia a veure amb la següent cita de Lévi-Strauss (1992: 209):

Únicament el malalt pot ser curat; l'inadaptat o l'inestable tan sols pot ser persuadit.

També he escrit a la introducció que el problema d'estudi fonamental que es planteja amb la recerca és la identitat i la identificació en el cas d'una persona real diagnosticada amb trastorn mental.

Hem pres el cas d'una persona «més sensible», tal com es defineix a si mateixa. El d'una persona afectada/diagnosticada amb trastorn mental, com prefereixi el possible lector. La seva veu s'inclou i participa com a coautora dins un capítol d'aquest treball. Des de la perspectiva que he defensat, el problema social no es pot reduir a un problema individual d'assimilació o integració. La relació entre l'individu i la societat és dialèctica. En l'itinerari de Meritxell Torres hi ha el que Roger Bastide (1967: 330) veia parlant de la bogeria...

illots de resistència d'allò afectiu, allò mític, allò purament subjectiu en relació amb el sistema dominant.

Tots estem exposats a la vida (i a la mort), però uns més que uns altres⁶⁵. Es pot revisar el cas específic estudiat per Nancy Scheper-Hughes (1997) al nord-est del Brasil en relació a l'amor maternal i la mort infantil. La concatenació de «cops» viscuts per part d'una mateixa persona no la fa mereixedora ni de llàstima, ni de compassió. A mi personalment em fa posicionar-me al seu costat dirigint la mirada al sistema que permet determinats maltractaments. Aquesta tesina té a veure amb persones capaces i amb

⁶⁵ Agraïxo les converses informals mantingudes amb el company antropòleg Jordi A. El tema d'exposar-se era una de les constants del seu discurs.

potencials humans incommensurables que sovint han estat reconegudes com a incapaces i han esdevingut «deixalles del mercat laboral».

Com constata Marta Allué (2003: 27):

Lo que es una paradoja es que para obtener el derecho a participar en la sociedad como individuo haya que mostrar, y hasta *demostrar* también a través de la certificación médica, que somos incapaces de participar en esa sociedad.

A la introducció m'he referit a algunes de les persones que freqüentaven el centre ocupacional on jo treballava com a *ragazzi di vita*. Totes elles també exposades a la vida, assedegades de vida. No tenen més remei que viure una identitat arrelada en records dolorosos i esperances sofertes. Medicalitzades fins arribar a atemptar contra les seves identitats viscudes. Cossos joves, com els de Bob i Jota, morts durant el procés d'aquest treball de recerca. Ambdós van ser identificats en vida i probablement també ho seran ara, que són morts (el «tiet Pere» també és un cas clínic), amb els seus respectius diagnòstics psiquiàtrics.

Estic d'acord amb Nancy Scheper-Hughes quan escriu a la cinquena nota del capítol novè del seu llibre (1997: 530):

El recurs a aquesta terminologia psicològica redueix la condició humana. A més, és com una espècie d'anàlisi-drecera que ens fa pensar que ja ho hem entès tot quan en realitat a penes acabem de començar la tasca de comprendre.

Entre els espais on he viscut, observat i après durant el temps de la recerca Nikosia ha ocupat un lloc especial. Vaig ser acollit, acceptat com un nikosià més i m'han confós per un d'ells. Però no en sóc. Els antropòlegs juguem a pertànyer a d'altres grups i, en fi, tot acaba sent tan confús que hom no sap encara on pertany. Si la vida que l'antropòleg portava abans del treball de camp és la seva veritablement, o si realment n'hi ha moltes possibles per a ell. El que és clar és que et transforma. Un ja no és el mateix. Aquesta sensació me la vaig endur de Nikosia. Me'ls estimo molt: Martín,

Eugènia, Raúl, Isard, Txell, Xavier, Enric, Lucía, Laura, Óscar, Alberto, Almudena, Dolors, Paola, Joan, Sílvia, Bucana, Gorka, Márcio, Károl, Juan Lorenzo, Natxo, Cristina, Santi, José Luís, Claudia, Pau, etc. No voldria res més que em consideressin un amic. I espero no haver estat un antropòleg de mirada obscura com el del conte que ens va explicar Antonio a la sessió de Teatre de l'Oprimit.

Nikosia, Imagina, Sarau són exemples de dispositius socials (que he definit com a xarxa informal paral·lela), que poden constituir recursos socials molt valuosos per a les persones, però que no poden ni tenen com a missió substituir la *societat*. Aquesta societat, citant un altre cop Lévi-Strauss (2005: 404), o bé se les empassa endins, o bé les vomita fora del cos social.

Un dels resultats previstos de l'esforç que comporta el procés de recerca era el de contribuir des del model del mètode etnogràfic a la relació dialògica entre els diferents actors del procés de salut/malaltia/atenció. No només és possible una relació dialògica amb els nostres informants/interlocutors, més que monològica, sinó que en aquest cas era del tot alliberadora. Un coneixement antropològic que s'adquireix a partir de la interacció humana, com diu Nancy Scheper-Hughes (1997: 35). El capítol «Itinerari de la Txell», fruit de la col·laboració entre Meritxell Torres i l'autor, n'és una prova.

Es pregunta Allan Young (1982: 277):

What is the importance of medical anthropological research for the people *about whom* medical anthropologists write?⁶⁶

L'altre resultat previst de l'esforç que comporta la recerca era l'adquisició de coneixements sobre els processos d'identitat i identificació en itineraris d'aflicció. Com he volgut demostrar, la identificació que comporta el diagnòstic psiquiàtric marca el viure de la persona diagnosticada. La seva capacitat sociable no pot amb la societat individualitzada que li ha tocat viure.

⁶⁶ «Quina importància té la recerca antropològica mèdica per a les persones *sobre les quals* els antropòlegs mèdics escriuen?».

Recollim de l'anàlisi del cas concret de Meritxell Torres la idea de tipificació de la malaltia mental. La medicació prescrita, però també l'internament psiquiàtric no voluntari, equivalen a la *pena* davant del *delicte*. El recurs del psicofàrmac serveix per a *prevenir* els efectes que pot tenir per a la persona i els seus pròxims un brot o una crisi psicòtica. Els preveu, però alhora «inutilitza» la persona per a la pràctica de la seva vida diària. Tornem al refrany citat quan sembla que «més val prevenir que curar».

En els casos d'internaments psiquiàtrics no voluntaris i urgents, hi ha el que Cesare Beccaria (1989: 79), parlant del principi de garantia processal, diu:

He dit que la rapidesa de les penes les fa més útils, perquè com més petita és la distància del temps que passa entre la pena i la malifeta, més forta és i més duradora en l'ànim humà l'associació d'aquestes dues idees, *delicte* i *pena*; de tal manera que, insensiblement, es consideren l'un com a causa i l'altra com a efecte necessari i inevitable.

En aquest cas, el delicte és viure el símptoma. Seguint el punt de vista *emic* de la interlocutora, el delicte que comporta ser «una persona més sensible». En definitiva, pel fet d'expressar-se tal com és. Què formarà part de l'esfera de l'ésser i què de l'esfera del sofriment? La segona s'apodera de la primera, com també ho fan els seus desitjos i esperances. Psiquiatres i psicòlegs no poden ser mai *professionals de la salut* si ella viu el tractament prescrit com la pena davant d'un delicte que no ha comès. Vet aquí el seu itinerari d'aflicció.

Suportar el sofriment significa arrelar-se a la vida? La persona diagnosticada viurà el trastorn mental amb el qual es veu afectat com una part més de la seva experiència viscuda. Això li comportarà vincular-se amb el sofriment, el qual entrarà a formar part d'allò que la constitueix com a persona. També els seus records dolorosos, els símptomes i els signes presents a la seva vida quotidiana, que expressarà a través del cos. És a dir, identitat feta cos, incorporada (*embodied*). El cos viscut com el terreny d'un conflicte d'hegemonies. Així és com rellegeix Pizza (2005: 26) a Gramsci a partir de la crítica gramsciana de la corporeïtat i la persona.

Però no adquiriran vida les seves etiquetes diagnòstiques. Aquestes no aporten informació sobre la seva identitat, tan sols són identificació. Vida i identitat, en canvi,

són dos registres diferents de l'experiència humana; no són equiparables, però sí coincidents. La identitat de la persona afectada/diagnosticada estarà vinculada a la vida que li toca viure cada dia i que no poden arrabassar-li. Més enllà, fora del domini de la vida, trobem el no-res, la identificació.

A propòsit del no-res, el tema escollit per a un programa de novembre de 2010, Dolors diu que Ràdio Nikosia permet destapar les identitats. No és que abans no hi fossin, diu ella, sinó que no es podien veure. Mentre que Martín, irònicament, diu que la psiquiatria convida «*cortésment*» al pacient a pensar-se com no-res fora del diagnòstic rebut. La història viscuda existia i continua existint, però el diagnòstic l'amaga. La identitat només es pot viure en el present d'una persona real.

Diu un autor com Robert Castel (1984: 14):

Existeixen també noves formes de gestió dels riscos i de les poblacions amb nivell de risc en les quals la conjura del perill no es fa mitjançant l'enfrontament directe o la segregació brutal, sinó per una marginació dels individus que passa per la negació de la seva qualitat de subjecte i per la destrucció de la seva història.

Els casos del «tiet Pere» i de la Txell, que figuren als capítols quart i sisè, respectivament, són evidentment ben diferents. L'anàlisi antropològica del cas de Meritxell Torres no s'assembla a l'estil expositiu dels informes psiquiàtrics. Els informes clínics del «tiet Pere» apareixen amb una gran coherència interna, però alhora es troben aïllats del marc biogràfic, històric i cultural en el qual podrien tenir un sentit específic. Ens priven la seva història real viscuda.

Al primer li han negat una vida real i amb la segona hem provat de redescobrir-la, transformada. El «tiet Pere» ocupava un lloc dins la societat en la qual va viure. Podia assimilar-se a la figura del «tonto del poble», però desenvolupava una tasca remunerada dins un taller ocupacional i era desitjat com a treballador pel seu rendiment.

A la Txell, en canvi, no se li permet realitzar-se en l'exercici de les seves potencialitats. Viu dintre una societat que fomenta el seu aïllament i glorifica la individualització. Cerca la «comunitat» i s'esforça en recrear-la. Però la seva

(inquantificable) capacitat sociable s'ha d'enfrontar a un món inevitablement individualitzat. Aquest és el significat que podem aprendre del seu itinerari.

Però també hem pretès tornar operatiu el concepte d'identitat cultural en el cas de Meritxell Torres. Amb la interpretació antropològica hauré intentat donar un sentit acadèmic al seu relat de vida. Una mica com si, tot analitzant-lo, hagués volgut viure el mite de la identitat dels kanaks de Nova Caledònia (Leenhardt, 1997: 42). Quin és el mite de la identitat, en aquest cas? La recerca d'un sentit clar a la vida pròpia.

Així com entre els kanaks, no sabem on es troba el límit de la realitat mítica i el de la realitat empírica, aquí hauré volgut posar en qüestió els límits de la realitat *cultural* i el de la realitat *biomèdica*. La construcció clínica del pacient en forma de diagnòstic i de tractament psiquiàtric no pot reemplaçar la construcció cultural de la pròpia persona afectada/diagnosticada perquè aquesta construcció és d'un ordre diferent. Del terreny d'allò viscut, que vincula la persona amb allò que realment és.

Com diu Arthur Kleinman (1985: 69):

We can demystify the clinical construction of social reality and illuminate the cultural construction of clinical reality.⁶⁷

Però no per a substituir un mite *clínic* per un altre de *cultural*. La identitat només pot ser mite per qui no hi creu, ja que -com passa sempre amb els mites- per qui hi creu és la identitat realment viscuda. Un futur desenvolupament d'aquest estudi voldria contribuir a la idea de la cultura com a punt de partida per a l'anàlisi dels itineraris d'afllicció, en tant que experiència viscuda i en tant que forma com els individus *viuen* la seva cultura. Com a variant cultural possible dins unes determinades normes de vida.

Com sabien els romàntics, un excés de sensibilitat fereix, però s'acceptava. Com comprendre a la Txell *aquí i ara*? Quina és la frontera entre somiar despert, tal com *identifiquen* els psiquiatres, i somiar deserts tal com senten veritablement els poetes? Tal com ha *viscut* la Txell?

⁶⁷ «Podem desmitificar la construcció clínica de la realitat social i il·luminar la construcció cultural de la realitat clínica».

Ens diu Foucault (2000):

Cartesiana o anticartesiana, la medicina clàssica no ha traslladat al camp de l'antropologia el dualisme metafísic de Descartes. I quan es fa la separació, no és per una renovada fidelitat de les *Meditations*, sinó per una característica nova que s'atribueix a la falta. Només la pràctica de la sanció ha separat en el boig les medicacions del cos i de l'ànima. (507-508)

El que Descartes descobreix al cap de la seva resolució i en el *redoblament* d'una consciència que no se separa mai de si mateixa i que no es *desdobla*, la medicina ho imposa des de l'exterior i en la dissociació del metge i del malalt. El metge es troba en la mateixa relació amb el boig que el *cogito* respecte al temps del son. *Cogito* completament extern, estrany al mateix raonament i incapaç d'imposar-s'hi si no és sota la forma de la irrupció [de la vigília, forma constant de la terapèutica de la bogeria]. (510)

En l'itinerari de Meritxell Torres hi trobem sentit de realitat, racionalitat i un excés de sensibilitat. No té per tant la seva identitat malalta. Com podria la identitat estar malalta? Aquí perdura la crítica d'Engels i Marx (1844; cit. dins Terradas, 1992: 66) a l'idealisme «que deshumanitza i que es fa còmplice de la política de tractar els humans com a massa i els oprimits com a incapaços». Els menysprea en les seves conductes reals i concretes.

A l'hora d'analitzar un cas concret, com no podia ser d'una altra manera, m'he topat amb aquesta confrontació entre el llenguatge, que intenta comprendre i donar sentit, i l'experiència, que pot endinsar-se en el son i tornar a la vigília. Un altre cop em remeto a Gramsci (cit. dins Frankenberg, 1988: 327), quan dins les Cartes de la Presó proveeix un relat fenomenològic personal d'un cos conscient, que pot ser utilitzat com a pont entre l'experiència viscuda i l'anàlisi social.

En el cas de Meritxell Torres, l'autor potser ha contribuït a donar una imatge esbiaixada, que no s'ajusta a la realitat viscuda per l'autora, tot i que la seva veu participa pràcticament de la meitat del capítol. Com fer-ho d'una altra manera? L'experiència viscuda ho inunda tot. I les paraules, per ben trobades que semblin, no

aconsegueixen traduir allò que constitueix la identitat *realment viscuda* de la Txell. I com viu? Viu.

Però si existeix aquí és perquè parlo d'ella, perquè el lector hi pensa. El que no s'allunya gaire de les etiquetes a les quals se sotmet amb cada diagnòstic, amb cada medicació prescrita i amb cada paper assistencial. El psiquiatre la pensa i existeix com a pacient. El treballador social la pensa i se'ns apareix com a pensionista. L'antropòleg la pensa i en surt una altra antropòloga. I si no pensem més en ella, arribarà un dia en el qual ja no existirà més? Continuarà vivint, somiant, picant...

Et pensen, per tant, existeixes?

BIBLIOGRAFIA

- ALFONSO X (1843) *Las siete partidas*, vol. 3. Barcelona: Impremta d'Antonio Bergnes i C^a.
- ALLUÉ, Marta (2003) *DisCapacitados: La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra.
- APARICIO BASAURI, Víctor i SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, Ana-Esther (1997) «Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986)», dins APARICIO BASAURI, Víctor (comp.) *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. Madrid: Libro del Año, pàg. 21-42.
- APARICIO WILHELMI, Marco i PISARELLO, Gerardo (2008) «Los derechos humanos y sus garantías: Nociones básicas», dins BONET PÉREZ, Jordi i SÁNCHEZ, Víctor (coord.) *Los derechos humanos en el siglo XXI: Continuidad y cambios*. Barcelona: Huygens, pàg. 139-162.
- ARENDT, Hannah (1998) (ed. or. 1958) *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- BASAGLIA, Franco (1978) «Apuntes para un análisis de la normativa en psiquiatría», dins Comunicació presentada al Congrés *Convenció Nacional sobre Medicina Preventiva*.
- BASTIDE, Roger (1967) *Sociología de las enfermedades mentales*. Mèxic: Siglo XXI.
- BECCARIA, Cesare (1989) (ed. or. 1764) *Dels delictes i de les penes*. Barcelona: Edicions 62.
- BERCOVITZ, Rodrigo (1976) *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus.
- BOAL, Augusto (1974) *Teatro del oprimido y otras poéticas políticas*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- CANGUILHEM, Georges (1976) *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- CASTEL, Robert (1984) *La gestión de los riesgos: De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.

- CASTILLA DEL PINO, Carlos (1976) «La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual», dins BERCOVITZ, Rodrigo, *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus, pàg. 7-22.
- CATALUNYA. Decret 279/1987, de 27 d'agost, pel qual es regulen els centres ocupacionals per a disminuïts. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 14.09.1987, núm. 889, pàg. 3614.
- Llei 39/1991, de 30 de desembre, de la tutela i institucions tutelars. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 10.04.1992, núm. 1581, pàg. 2228.
- CHRISMAN, Noel J. (1977) «The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness», dins *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, núm. 4, pàg. 351-377.
- CLIFFORD, James (2003) «Sobre la autoridad etnográfica», dins REYNOSO, Carlos (comp.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa, pàg. 141-170.
- COMAROFF, Jean (1988) *The Diseased Heart of Africa: Medicine, Colonialism, and the Black Body*. [Manuscript, files of the author.]
- COMELLES, Josep M. (1998) «Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales», dins *Trabajo social y salud* (Antropología de la Medicina. Una década de Jano, 1985-1995, I), núm. 29, pàg. 135-150.
- (2002) «Antropologia i salut: Etnografia, compromís i activisme», dins *Revista d'etnologia de Catalunya*, núm. 20, pàg. 92-105.
- (2003) «Cultura y salud: De la negación al regreso de la cultura en medicina», dins *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, núm. 19, pàg. 111-131.
- (2006) *Stultifera navis: La locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.
- COOPER, David (1976) (ed. or. 1967) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- CORREA-URQUIZA, Martín (2009) *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tesi doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.

- CORREA-URQUIZA, Martín; SILVA, Thomas J.; BELLOC, Márcio M. i MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Àngel (2006) «La evidencia social del sufrimiento: Salud mental, políticas globales y narrativas locales», dins *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, núm. 22, pàg. 47-69.
- CREHAN, Kate (2004) *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Bellaterra.
- CSORDAS, Thomas J. (1988) «The Conceptual Status of Hegemony and Critique in Medical Anthropology», dins *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 2, núm. 4, pàg. 416-421.
- (1994) «Introduction: The Body as Representation and Being-in-the-World», dins CSORDAS, Thomas J. (ed.) *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, pàg. 1-24.
- DE MARTINO, Ernesto (1999) (ed. or. 1961) *La tierra del remordimiento*. Barcelona: Bellaterra.
- DEVEREUX, Georges (1973) *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral.
- DICCIONARI ENCICLOPÈDIC DE MEDICINA. [En línia]. Pàgina Web, Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. <<http://www.grec.net/home/cel/mdicc.htm>>. [Consulta, 06.04.2010].
- DIGIACOMO, Susan M. (2004) «Autobiografia crítica i teoria antropològica: Reflexions a l'entorn de la identitat cultural i professional», dins *Revista d'etnologia de Catalunya*, núm. 25, pàg. 124-134.
- DURKHEIM, Émile (1986) (ed. or. 1895) «Reglas relativas a la distinción entre lo normal y lo patológico», dins *Las reglas del método sociológico*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica, pàg. 103-133.
- ESPANYA. Código Civil. Libro I. Título IX. De la incapacitación. Artículos 199-214. [En línia]. Pàgina Web, Girona: Àrea de Dret civil de la Universitat de Girona <<http://civil.udg.edu/normacivil/estatal/CC/1T9.htm>>. [Consulta, 22.01.2010].
- Código Civil. Libro I. Título X. De la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores e incapacitados. Artículos 215-313. [En línia]. Pàgina Web, Girona: Àrea de Dret civil de la Universitat de Girona <<http://civil.udg.edu/normacivil/estatal/CC/1T10.htm>>. [Consulta, 22.01.2010].

- Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29/12/1978, pàg. 29313-29424.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, de 29/4/1986, pàg. 15207-15224.
- Proposición de ley, de 19 de julio de 2004, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 101-1.
- Proyecto de ley, de 27 de octubre de 2006, de jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 109-1.
- Instrument de ratificació de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, fet a Nova York el 13 de desembre de 2006. [En línia]. Pàgina Web, Madrid: CERMI
<http://www.convenciondiscapacidad.es/ConvencionEspana/Texto%20Convencion%20BOE%20abril%202008_CAT.doc>. [Consulta, 03.08.2010].
- ESTEBAN, Mari Luz (2004a) *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- (2004b) «Antropología encarnada, antropología desde una misma», dins *Papeles del CEIC* (Centro de Estudios sobre las Identidades Colectivas), núm. 12. Pàgina Web de la versió electrònica de la revista. <http://www.ceic.ehu.es/p285-content/fr/contenidos/noticia/ceic_noticias_04/es_noti/adjuntos/12_04.pdf> [Consulta, 22.04.2010].
- EVANS-PRITCHARD, Edward Evan (1997) (ed. or. 1937) *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona: Anagrama.
- FINKLER, Kaja (2001) «The Kin in the Gene: The Medicalization of Family and Kinship in American Society», dins *Current Anthropology*, vol. 42, núm. 2, pàg. 235-263.
- FISCHER, Ernst (1963) *The Necessity of Art: A Marxist Approach*. Harmondsworth: Penguin Books.

- FOUCAULT, Michel (1984) (ed. or. 1954) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- (2000) (ed. or. 1964) *Historia de la locura en la época clásica*. 2 vols. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- FRANKENBERG, Ronald (1988) «Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? Or Rat's Tail to Sea Serpent?», dins *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 2, núm. 4, pàg. 324-337.
- FREDERIC, Sabina (1998) «Rehaciendo el campo: El lugar del etnógrafo entre el naturalismo y la reflexividad», dins *Revista Publicar en antropología y ciencias sociales*, núm. 7.
- FREIRE, Paulo (1974) *Concientización: Teoría y práctica de la liberación*. Buenos Aires: Búsqueda.
- (2008) (ed. or. 1970) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- GARNER, James Finn (1996) *Contes per a nens i nenes políticament correctes*. Barcelona: Quaderns Crema.
- GEERTZ, Clifford (1987) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- (2010) (ed. or. 1989) *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.
- GERGEN, Kenneth J. (2006) *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
- GOFFMAN, Erving (1994) (ed. or. 1959) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2004) (ed. or. 1961) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2008) (ed. or. 1963) *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOOD, Byron J. (2003) (ed. or. 1994) *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- GRAMSCI, Antonio (1968) *El príncipe modern*. Barcelona: Edicions 62.
- (1983) (ed. or. 1948) *El materialisme històric i la filosofia de Croce*. Barcelona: Laia.
- HABERMAS, Jürgen (1987) *Teoría de la acción comunicativa: Crítica de la razón funcionalista*, vol. 2. Madrid: Taurus, pàg. 427-502.

- HILARIÓN, Pilar (coord.) (2008) *Protocol per a l'aplicació de criteris de cribratge abans d'iniciar un procés d'incapacitació*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania.
- HOEDEMAEKERS, Rogeer i TEN HAVE, Henk (1999) «Genetic Health and Genetic Disease», dins LAUNIS, Veikko; PIETARINEN, Juhani i RÄIKKÄ, Juha (ed.) *Genes and Morality*. Amsterdam: Rodopi, pàg. 121-144.
- KLEINMAN, Arthur (1985) «Interpreting Illness Experience and Clinical Meanings: How I See Clinically Applied Anthropology», dins *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 16, núm. 3, pàg. 69-71.
- (2008) «The Normal, the Pathological, and the Existential», dins *Comprehensive Psychiatry*, vol. 49, núm. 2, pàg. 111-112.
- KLEINMAN, Arthur i KLEINMAN, Joan (2000) «Lo moral, lo político y lo médico: Una visión socio-somática del sufrimiento», dins GONZÁLEZ, Emilio i COMELLES, Josep M. (comp.) *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pàg. 13-35.
- LEENHARDT, Maurice (1997) (ed. or. 1947) *Do kamo: La persona y el mito en el mundo melanesio*. Barcelona: Paidós.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1992) (ed. or. 1958) «El hechicero y su magia», dins *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós, pàg. 195-210.
- (2005) (ed. or. 1955) *Tristos tròpics*. Barcelona: Anagrama.
- MALLART, Lluís (1983) *La dansa als esperits: Itinerari iniciàtic d'un medecinaire africà*. Barcelona: Llar del Llibre.
- (2007) (ed. or. 1992) *Sóc fill dels evuzok: La vida d'un antropòleg al Camerun*. Barcelona: La Campana.
- MANTILLA, María Jimena (2008) «Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico», dins *(Con) textos. Revista d'antropologia i investigació social*, núm. 2, pàg. 93-102. Pàgina Web de la versió electrònica de la revista. <<http://www.con-textos.net>>. [Consulta, 17.11.2009].
- MÁRQUEZ ROMERO, M^a Isabel (2010) «De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental», dins *Perifèria. Revista de recerca i formació en*

- antropologia*, núm. 12. <<http://antropologia.uab.es/Periferia/Articles/4-Marquez.pdf>>. [Consulta, 07.07.2010].
- MARTÍNEZ COLOMÉ, Verónica (2009) *Aproximació al Teatre de l'Oprimit a Catalunya (2002-2009): El CTO Pa'Tothom i anàlisi d'una peça de teatre fòrum*. Treball de recerca. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Filologia Catalana.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Àngel (1995) «Síntomes, epistemes i antropòlegs furtius», dins *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, núm. 8-9, pàg. 45-70.
- (1998a) *¿Has visto cómo llora un cerezo?: Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- (1998b) «Antropología versus psiquiatría: El síntoma y sus interpretaciones», dins *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 18, núm. 68, pàg. 645-659.
- (2000) «Anatomía de una ilusión: El DSM-IV y la biologización de la cultura», dins PERDIGUERO, Enrique i COMELLES, Josep M. (ed.) *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pàg. 249-275.
- (2006) «Cuando las hormigas corretean por el cerebro: Retos y realidades de la psiquiatría cultural», dins *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, núm. 11, pàg. 2269-2280. Pàgina Web de la versió electrònica de la revista. <www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/02.pdf>. [Consulta, 09.01.2010].
- (2008) *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí: Anthropos.
- (2009) «Más allá de la rehabilitación psicosocial: Metáfora de exclusión y tareas de inclusión», dins *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, vol. 1, núm. 1. [CD-ROM]. <http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/05_Angel_Martinez_Hernaez.pdf>. [Consulta, 31.05.2011].
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Àngel; OROBITG, Gemma i COMELLES, Josep M. (2000) «Antropología y Psiquiatría: Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad», dins GONZÁLEZ, Emilio i COMELLES, Josep M. (comp.)

- Psiquiatria transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria, pàg. 117-242.
- MASIP QUINTANA, Joan (2010) *Desde mi realidad*. Madrid: AM.
- MAUSS, Marcel (1991) (ed. or. 1936) «Técnicas y movimientos corporales», dins *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos, pàg. 335-356.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1985) «Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud», dins *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 33, pàg. 3-34.
- (2000) «Factores culturales: De las definiciones a los usos específicos», dins PERDIGUERO, Enrique i COMELLES, Josep M. (ed.) *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pàg. 163-188.
- (2005) «Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos», dins *Revista de Antropología Social*, núm. 14, pàg. 33-69.
- MIGUEL, Jesús M. de (1996) *Auto/biografías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- NACIONS UNIDES (1948) *Declaració Universal dels Drets Humans*. [En línia]. Pàgina Web, Barcelona: Generalitat de Catalunya <www20.gencat.cat/docs/.../Continguts/.../declaracio_dh_cat.pdf>. [Consulta, 01.06.2011].
- (1989) *Convenció sobre els Drets de l'Infant*. [En línia]. Pàgina Web, Barcelona: Amnistia Internacional-Catalunya. Grup d'Educació <<http://www2.amnistiacatalunya.org/edu/docs/nu-conv-infants-resum.htm>>. [Consulta, 03.08.2010].
- NELKIN, Dorothy (1996) «The Politics of Predisposition: The Social Meaning of Predictive Biology», dins HELLER, Agnes i REIKMANN, Sonja Puntscher (ed.) *Biopolitics: The Politics of Body, Race, and Nature*. Brookfield, Vt: Avebury, pàg. 133-142.
- PASOLINI, Pier Paolo (1994) (ed. or. 1955) *Nois de la vida*. Barcelona: Edicions 62.
- (2009a) (ed. or. 1955) *Ragazzi di vita*. Milà: Garzanti.
- (2009b) (ed. or. 1957) *Las cenizas de Gramsci*. Madrid: Visor.

- PI-SUNYER, Oriol (2004) «El mosaic de la memòria: una autoetnografia narrativa», dins *Revista d'etnologia de Catalunya*, núm. 25, pàg. 102-123.
- PIZZA, Giovanni (2005) «Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea: Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona», dins *Revista de Antropología Social*, vol. 14, pàg. 15-32.
- PUJADAS, Juan José (1992) *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- RADIO NIKOSIA (2005) *El libro de Radio Nikosia: Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.
- (2010) Radionikosia.org [En línia]. Pàgina Web, Barcelona: Ràdio Nikosia. <<http://radionikosia.org>>. [Consulta, 26.05.2011].
- SAGAN, Olivia (2009) «Investigación autobiográfica y enfermedad mental: «Esto no es un caso clínico. ¡Es mi vida!», dins *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, núm. 41, pàg. 159-174.
- SANTOS, Bárbara (2010) «El arte de curingar» [En línia], dins *Kuringa-Bárbara Santos.blogspot.com*. Blog de Bárbara Santos. <<http://kuringa-barbarasantos.blogspot.com/2010/08/el-arte-de-curingar-espanol.html>>. [Consulta, 25.11.2010].
- SANTOS, Boaventura de Sousa (2003) «Desigualdad, exclusión y globalización: Hacia la construcción multicultural de la igualdad y la diferencia», dins *La caída del angelus novus: Ensayos para una nueva teoría social*. Bogotá: ILSA; Universidad Nacional de Colombia, pàg. 125-165.
- SARAU (2010a) *Creatiu: Art i cultura lliure per a tothom*. Barcelona: Sarau.
- (2010b) *Missió i visió: Programació 2010*. Barcelona: Sarau.
- SARTRE, Jean-Paul (2005) (ed. or. 1938) *La nausea*. Barcelona: Proa.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy (1997) *La muerte sin llanto: Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- SEPPILLI, Tullio (2000) «De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud: A modo de presentación», dins PERDIGUERO, Enrique i COMELLES, Josep M. (ed.) *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pàg. 33-44.

- SONTAG, Susan (1996) *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- TAUSSIG, Michael (1995) «La reificación y la conciencia del paciente», dins *Un gigante en convulsiones: El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa, pàg. 110-143.
- TERRADAS, Ignasi (1992) *Eliza Kendall: Reflexiones sobre una antibiografía*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- (1997) «L'antropologia social davant l'obra de Goya», dins *Revista d'etnologia de Catalunya*, núm. 10, pàg. 72-79.
- (2000) «La contradicción entre identidad cultural e identificación política», dins *Demófilo. Revista de cultura tradicional de Andalucía*, núm. 33/34, pàg. 31-42.
- TÖNNIES, Ferdinand (1984) (ed. or. 1887) *Comunitat i associació*. Barcelona: Edicions 62.
- TWADDLE, Andrew (1981) «Sickness and the Sickness Career», dins EISENBERG, Leon i KLEINMAN, Arthur (ed.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel.
- UZETA, Jorge (2006) Ressenya de «Gramsci, cultura y antropología de Kate Crehan», dins *Relaciones*, vol. 27, núm. 107, pàg. 229-241.
- VARELA, Roberto (2002) «Naturaleza/cultura, poder/política, autoridad / legalidad / legitimidad», dins KROTZ, Esteban (ed.) *Antropología jurídica: Perspectivas socioculturales en el estudio del derecho*. Barcelona: Universidad Autónoma Metropolitana; Anthropos, pàg. 69-111.
- VENTURA, Sílvia (2008) *Els bojós a Catalunya 1850-2000*. Barcelona: Edicions 62.
- VILLANGÓMEZ, Marià (1956) *L'any en estampes: Visions d'Eivissa*. Barcelona: Barcino.
- WILLIAMS, Raymond (1997) (ed. or. 1977) *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.
- YOUNG, Allan (1982) «The Anthropologies of Illness and Sickness», dins *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pàg. 257-285.

ANNEXOS

El text de la carta, de 24 de febrer de 2010, on la direcció del Centre Ocupacional X, on l'autor va treballar durant tres anys com a educador, presenta les seves raons per denegar la proposta de col·laboració amb la present recerca.

I el poema de Txell Torres de l'any 2008 titulat *A por ellos*.

**Carta de la direcció del Centre Ocupacional en resposta a la proposta de
col·laboració, de 24 de febrer de 2010**

La proposta de entrevistar fuera del Centro a sus usuarios para investigar sobre el discurso de su identidad en tanto discapacitado y/o enfermo mental, plantea cuestiones técnicas y éticas que, a mi entender, la convierten en inviable.

Cuestiones técnicas:

En toda organización se establecen relaciones transferenciales (en el sentido psicoanalítico: reactivación de respuestas infantiles) que se contienen por estar enmarcadas en parámetros espacio-temporales y de rol. Precisamente se evita todo vínculo fuera del Centro para evitar que se intensifique y se produzcan proyecciones masivas.

Cuestiones éticas:

Mientras otros colectivos como enfermos de asma, ciegos, sordos, etc. pueden tener una representación social de su limitación y dicha representación ser motivo de análisis (aunque presento reparos si las entrevistas no se realizan en un espacio institucional), el colectivo afectado de un trastorno psíquico resulta ser el más vulnerable para hablar de si mismo, fuera de un vínculo e institución terapéuticos con riesgo de descompensación. Al margen de que sólo hay identidad cuando se ha accedido a cierta cura en el caso de enfermos mentales (un esquizofrénico puede llegar a hablar de que él mismo produce sus alucinaciones). En el caso de discapacidad psíquica, se suele reforzar la distorsión yoica que suele existir.

Alentamos el anhelo de saber que toda investigación conlleva pero se ha de alertar del riesgo de intrusismo y/o iatrogenia que supone la tesis propuesta.

Denegamos por tanto establecer vínculos con usuarios del Centro X.

Sugerimos otros colectivos y sus respectivas instituciones X.

Quedo a su disposición para cualquier aclaración o bien otra propuesta.

Poema de Txell Torres

Poema dedicat a psiquiatres i indústries farmacèutiques, als que ens prenen les pensions... A tots aquells que en aquesta societat diuen que no som «normals». Què és la normalitat? I que si fos per ells ens enterrarien vius...

A POR ELLOS

Calor en las venas hipertensas de la bestia ciudad.
Calor que nos quema y nos intenta asfixiar.

Su calor, mi odio.

Buitres del crecimiento económico
contra todos mis sueños.

Plantar cara al miedo que nos ata con la comodidad y desconfianza.
Plantarle cara, sólo perderemos si dejamos de luchar.

Tras la frontera que nos hacen creer imposible
duermen nuestros sueños que van a despertarse siendo realidad.

2008