

Per a una altra semàntica del subjecte i el patiment psíquic. Pensar la salut mental des de l'educació social

Recepció: 14/04/2020 Aceptació: 28/05/2020

Resum

Aquest article cerca explorar algunes claus teòriques que, allunyades del discurs biomèdic, puguin ser útils a l'educació social per construir pràctiques inclusives en el camp de la salut mental. Per a això, duem a terme una mirada a algunes disciplines de les ciències socials, que ens poden aportar eines teòriques i metodològiques susceptibles de ser transformades i incorporades als dispositius educatius en salut mental. Proposem la necessitat de situar aquestes pràctiques en una perspectiva comunitària i col·lectiva, en la qual s'atorgui un lloc fonamental a la paraula del subjecte que pateix un sofriment psíquic que li permeti elaborar la seva pròpia narrativa sobre el que li passa, tot assumint un paper protagonista en el seu procés per a un estar millor.

Paraules clau

Salut mental comunitària, discurs biomèdic, educació social crítica, patiment psíquic.

Para otra semántica del sujeto y el sufrimiento psíquico. Pensar la salud mental desde la educación social

El presente artículo busca explorar algunas claves teóricas que, alejadas del discurso biomédico, puedan ser útiles a la educación social para construir prácticas inclusivas en el campo de la salud mental. Para ello, llevamos a cabo una mirada a algunas disciplinas de las ciencias sociales, que nos pueden aportar herramientas teóricas y metodológicas susceptibles de ser transformadas e incorporadas a los dispositivos educativos en salud mental. Proponemos la necesidad de situar dichas prácticas en una perspectiva comunitaria y colectiva, en la que se otorgue un lugar fundamental a la palabra del sujeto que padece un sufrimiento psíquico que le permita elaborar su propia narrativa sobre lo que le ocurre, asumiendo un rol de protagonista en su proceso para un mejor estar.

Palabras clave

Salud mental comunitaria, discurso biomédico, educación social crítica, sufrimiento psíquico.

For another semantics of the subject and psychological suffering. Thinking about mental health from the social education perspective

This article explores certain theoretical keys that, far removed from biomedical discourse, may be useful in social education to construct inclusive practices in the field of mental health. To this end, we look at various social science disciplines, which provide us with theoretical and methodological tools that can be transformed and incorporated into mental health education provisions. We propose that these practices should be located within a community and collective perspective in which great importance is attached to the word of the subject affected by psychological suffering. This will enable subjects to construct their own narrative about what is happening to them, giving them a key role in their process with a view to building a better life for themselves.

Keywords

Community mental health, biomedical discourse, critical social education, psychological suffering.

Com citar aquest article:

Giménez Martret, Ricard (2020).

Per a una altra semàntica del subjecte i el patiment psíquic. Pensar la salut mental des de l'educació social.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 93-115.



ISSN 2339-6954

▲ Introducció

L'educació social treballa habitualment en llocs on conviu amb la presència del diagnòstic psiquiàtric. És comuna la figura de l'educador en hospitals de dia, centres d'acollida, centres residencials de menors i molts d'altres en què la institució està permanentment travessada per diverses manifestacions del patiment psíquic de les persones amb què treballem.

La pràctica educativa en qualsevol dels àmbits que li són propis, però més específicament si és possible en l'àmbit de la salut mental, du aparellada una certa desesperança deguda a les dificultats de veure els resultats de la feina feta (Julià, 2005). Això és, en bona mesura, perquè es tracta d'un camp d'acció en què intervenen diferents disciplines que, lamentablement, massa vegades estan desconnectades entre si (psiquiatres, psicòlegs, educadors i pedagogs, terapeutes diversos, etc.). Disciplines que sovint estan sotmeses a pràctiques de jerarquia professional en què certs discursos operen arrogant-se un protagonisme excessiu i, de vegades, amb pretensions d'exclusivitat, mentre exerceixen un desdeny cap a altres sabers.

L'educació social ha d'establir un diàleg amb altres disciplines per bastir un discurs propi que afronti la complexitat de la salut mental

Això no obstant i potser precisament per aquesta raó, ens sembla innegable que l'educació social ha d'establir un diàleg amb altres disciplines per bastir un discurs propi que afronti la complexitat de la salut mental.

Per això farem, en primer lloc, un breu acostament a alguns corrents teòrics de la sociologia, l'antropologia mèdica, la filosofia o la pedagogia amb la intenció de conèixer la idea de subjecte o les mirades a la salut i la malaltia mental que preval en cadascuna i que ens poden donar pistes per pensar una pràctica educativa transformadora en el camp de la salut mental i el patiment psíquic.

Ara bé, passar de la teoria a la praxi implica pensar també com s'han d'articular tots aquests sabers amb la pràctica específica de l'educació social i des de l'educació social. Coneixent la dificultat d'exercir pràctiques educatives en aquelles institucions on les jerarquies del discurs *psi* consideren altres disciplines com a subalternes, no és una tasca fàcil sostenir la convicció que també tenim *alguna cosa* a dir en el camp de la salut mental. Aquesta dificultat augmenta si tenim en compte com la mateixa pedagogia i les pràctiques educatives estan sent, en gran mesura, colonitzades per un discurs psicològicista, al servei de "l'engegada dels mecanismes de captació de valor de l'economia postfordista del desig o, el que és el mateix, la mercantilització directa de la subjectivitat" (Solé i Moyano, 2017, p. 2).

Entenem que una de les funcions de l'educació social és la de tractar d'incloure socialment a tot subjecte, sempre, és clar, que desitgi ser-hi inclòs, però també és indubtable que hem de sostreure'ns a la perversa lògica de la inclusió tant sí com no, partint del que *hauria de ser i no és* (Pié, 2015). En

conseqüència, se'ns presenta com a ineludible pensar com fer-ho per a transitar entre la llei i el desig, entre la subjecció i la resistència (García Molina, 2011).

Ens sembla important destacar que, en aquest treball, fem una distinció entre malaltia i patiment, ja que la noció de malaltia està estretament relacionada amb el camp biomèdic i s'orienta cap a la interpretació de determinats estats emocionals com a anomalies funcionals del sistema orgànic (Saavedra i Berenzon, 2014). El patiment, en canvi, apunta a la percepció subjectiva que una persona té sobre la seva pròpia experiència de dolor, que tot i ser una expressió individual és també un fet plenament social ja que aquesta percepció està modelada per una mediació de significants materials i simbòlics. Les dues nocions constitueixen models explicatius que operen en els processos que fan referència a l'organització i la construcció de sentit per a aquelles experiències vitals que causen patiment. En aquest article pretenem argumentar el perquè d'una presa de posició com a educadors orientada a defensar la idea que tot subjecte té algun grau de responsabilitat respecte al que fa amb allò que li passa. Posicionament contrari, per tant, a la consideració com a malaltia del que és el patiment o el sofriment psíquic d'un subjecte.



Explorant altres territoris conceptuals

Mentre les visions biomèdica i psicològica sobre les malalties mentals tendeixen a individualitzar el patiment psíquic, les ciències socials són propenses a socialitzar-lo. Per a desenvolupar aquesta afirmació ens aproximarem a alguns corrents teòrics de diferents disciplines de les ciències socials, fet que pot permetre'ns entreveure la noció de subjecte que opera en cadascuna d'elles. La pretensió no és aprofundir-hi, sinó projectar només una mirada que serà inevitablement molt general, però que potser ens pot oferir algunes eines conceptuals perquè cadascú prengui les que consideri oportunes per a adaptar-les a les particularitats del context socioeducatiu en el qual desenvolupi la seva pràctica professional.

El funcionalisme sociològic

Una aportació pionera a pensar la malaltia com un fet més social que individual fou la de Durkheim, en considerar les causes socials d'una conducta com el suïcidi. Segons el sociòleg francès, podia ser de tres tipus, però sempre obeint a causes socials, com ara la pressió social dels valors; l'individualisme, que és producte d'una determinada forma d'organització social; o l'*anomia*, entesa com una disfunció del sistema de normes socials. És l'estructura organitzativa de la societat la que conforma les regles i normes mitjançant el *consens social*. El poder que allò social exerceix sobre la subjectivitat i el

cos, la salut o la malaltia, és tan determinant que per a Durkheim l'individu esdevé subjecte passiu, sotmès a allò social, més que no pas subjecte actiu que participa de la construcció d'allò social.

El funcionalisme és procliu a considerar que la *normalitat* conductual és fruit del consens adaptatiu, mentre que el conflicte, les conductes *desviades* de la norma (com la malaltia) són una anomalia, és a dir, considera la malaltia com una disfunció normativa i, per tant, social. Per la seva banda, Foucault (2016) considera que aquest enfocament no és sinó una “il·lusió cultural”, comuna a la sociologia de Durkheim i a la psicologia, en què “la societat no vol reconèixer-se en aquest malalt a què persegueix i tanca” i, per tant, diagnosticant la malaltia, exclou el malalt. En aquest sentit, la bogeria té més a veure amb l'home i amb la veritat de si mateix que el boig sap percebre (Foucault, 2006) i és sentida com una mena de mirall que ens confronta amb allò nostre que ens neguem a veure. Aquesta negació arriba també a la paraula, atès que, com ja ens va advertir Artaud (2007), “un alienat és en realitat un home al qual la societat es nega a escoltar i al qual vol impedir que expressi algunes veritats insuportables” (p. 77).

En aquest sentit, la noció dominant en la sociologia durkheimiana, la del consens com a eina reguladora de la convivència social, ens sembla qüestionable ja que, en un model d'organització social on les relacions són essencialment d'exploatació, el conflicte és de classe i, per tant, és permanent i inherent al sistema social i no una transgressió puntual d'una norma social com pretén el funcionalisme.

La influència de la teoria social de Durkheim es deixa veure en posteriors elaboracions teòriques com en la sociologia mèdica de Talcott Parsons. Seguint Martínez Hernández (2016), de la influència funcionalista se'n desprenen dos conceptes que en l'antropologia mèdica tenen un lloc primordial, el *paper del malalt* i la *carrera del malalt*. Parsons (1982) sosté una noció de *paper del malalt* que considera la malaltia com una pertorbació en l'individu que opera a dos nivells, el biològic i el d'*ajust* social, desajust que suposa una ruptura de les obligacions socials de l'individu. Per a Parsons, emmalaltir implica una suspensió de les obligacions i rols del subjecte malalt, en la mesura que se'l considera incapaç i dependent. Així, no es considera que el subjecte tingui responsabilitat en allò que li passa i ha de buscar i acceptar l'ajuda d'un especialista, mentre està obligat a col·laborar en la resolució de l'anomalia per reincorporar-se a la normalitat social.

Un autor que, si bé en certa manera pren alguns dels postulats del funcionalisme, no pot ser classificat dins d'aquest corrent és Erving Goffman, el qual, partint de diverses influències teòriques, proposa una elaborada distinció entre malalties físiques i psíquiques. Els símptomes mèdics fan referència a una disfunció en la normalitat biològica (entenen norma com una noció orgànica, amoral i asocial). En canvi, els símptomes psíquics deriven de les obligacions i valors socials i del fet de transgredir-los. Per a Goffman (2001)

aquesta transgressió provoca una disrupció en l'ordre organitzatiu social que condueix a unes pràctiques institucionals de coerció o fins i tot de confinament del *malalt* transgressor, el qual patirà un *procés d'expropiació* de relacions i drets, de *mortificació del jo*. Com a resultat de l'estigma a què són sotmesos alguns grups socials a partir de determinades característiques individuals diferencials, es produeix el que Goffman anomena *identitat deteriorada*. En relació amb això, sabem que l'educació social es mou en camps en els quals habitualment circulen l'estigma i els prejudicis i els estereotips que s'hi associen, que es retroalimenten mútuament. Com desenvoluparem més endavant, una pràctica educativa que pretengui ésser inclusiva hauria de donar espai a la construcció d'un relat propi per part del subjecte perquè pugui configurar una nova identitat no patologitzada.



Per a Goffman les conductes *anormals* no signifiquen una absència de normes. Les normes hi són presents en forma de comportaments i accions socialment esperats dels afectats de trastorn psíquic, que busquen respondre a aquestes expectatives d'alguna manera. En aquest sentit, Goffman fa referència als *ajustos secundaris* com a les estratègies desenvolupades pels *divergents*, per tal d'estar millor, estratègies que, sense això, sovint no solen coincidir amb les expectatives de la institució pel que fa al seu nou jo.

Una crítica a certs aspectes de la teoria de Goffman posa l'èmfasi en la separació radical que l'autor fa entre malaltia psíquica i física, atès que ha quedat demostrat que també en la malaltia física tenen un paper important les categories socials, normatives i morals. En veiem un exemple en la construcció social de la mal anomenada discapacitat, que assenyala allò que es considera una falta, una mancança o un dèficit, negant les diverses formes possibles de funcionalitat corporal i atorgant així un valor superior a unes capacitats davant d'unes altres.

El model biomèdic

La concepció del model biomèdic sobre la malaltia i la manera d'afrontar-la se situa en explicacions purament biologicistes sobre la causalitat dels patiments físics o psíquics i oferint solucions psicofarmacològiques, adreçades a l'eliminació del símptoma, convertint en malaltia fets i comportaments de la vida quotidiana dels subjectes (Menéndez, 2009). Es tracta d'una mutilació del jo (Goffman, 2001) que deriva en una abolició de la subjectivitat i d'aquesta manera el discurs biomèdic tanca un complex entramat de sentiments i experiències personals, en el reduccionisme simplificador d'una categoria única, expressable en un sol concepte. Aquest concepte, al seu torn, es converteix en un significant que circula per l'espai social, simbòlicament carregat, la majoria de les vegades, de prejudicis i connotacions negatives. El discurs biomèdic, estigmatitzant i excloent altres sabers, es legitima a si mateix atribuint-se una eficàcia més que qüestionable des d'altres perspectives

(Menéndez, 2009). Així, quan considera la malaltia com una disfunció orgànica, rebutja implícitament que el context socioeconòmic, polític, familiar, relacional, etc., del subjecte que expressa un patiment psíquic s'hagi de tenir en compte en l'abordatge del patiment.

La fenomenologia existencialista

La fenomenologia i l'existencialisme s'han preguntat per la vivència existencial del cos com a experiència intersubjectiva i social

La fenomenologia i l'existencialisme s'han preguntat per la *dimensió impersonal de l'experiència* (Garcés, 2013). Des d'aquestes corrents, el lloc de centralitat no l'ocupa la malaltia sinó el cos, la vivència existencial del cos com a experiència intersubjectiva i social. El cos és entès des d'una dimensió diferent segons cada epistemologia existencialista: la individualitat del *jo corporal* (fenomenologia), el cos com a objecte social (estructuralisme) i el cos com a objecte polític, en qualitat de producte social (postestructuralisme). Més enllà de les diferències epistemològiques, els tres nivells diferents d'aproximació al cos reconeixen, tanmateix, l'existència de les dimensions culturals, socials i polítiques de la corporalitat (Martínez Hernáez, 2016) i, en conseqüència, rebutgen implícitament la idea de *cos segmentat* propi de la tradició cartesiana occidental. En la superació de la falsa dicotomia cos-ment, l'emocionalitat compleix un paper de mediació entre els diferents nivells esmentats (Scheper-Hughes i Lock, 1987).

Així mateix, com assenyala Merleau-Ponty (1981), la universalitat i el món són al cor de la individualitat i del subjecte; així, en tant que és la intersubjectivitat la que ens constitueix, la subjectivitat ja no pot ser pensada només com quelcom individual (Garcés, 2013).

Per la seva banda, Csordas (1994) estableix una distinció entre *cos* i *corporalització (embodiment)* o dit altrament, el cos entès com a territori físic on l'experiència s'encarna, es corporalitza. Així, es considera l'experiència com a base existencial del subjecte, és a dir, existim en tant que experimentem vivències. Es tracta de vivències intervingudes per allò social, que és previ a la nostra pròpia existència objectiva i subjectiva, per un món de valors i normes que, tot i que ens condiciona, no ens determina. És a dir, si acceptem la premissa que l'existència és prèvia a l'essència, no som subjectes predeterminats, sinó que ens construïm socialment de manera continuada. Csordas al seu torn estableix també una distinció entre l'*antropologia del cos*, que entén el cos com a objecte etnogràfic de què parteix l'estudi, i l'*antropologia des del cos*, l'experiència encarnada corporalment com a punt de partida metodològic de l'anàlisi.

L'hermenèutica. El subjecte, un enigma a desxifrar

L'hermenèutica mira de desentranyar els significats implícits en el llenguatge, inclòs el simbòlic, que varia d'un context cultural a un altre. Aquesta interpretació de les particularitats de cada sistema cultural permet establir nocions com la de patrons de comportament, la consideració que certes pràctiques desviades no són sinó síndromes dependents de la cultura (Martínez Hernáez, 2016). És a dir, cada sistema cultural té les seves pròpies formes de regular les conductes, incloses aquelles desviades, però aquestes formes només poden ser compreses per l'observador, si és capaç d'interpretar i aprehendre el sentit de l'univers de significats, propi d'aquesta cultura. Així, aquest corrent considera que cultura, individu i comportament estan íntimament relacionats.



Des de l'hermenèutica es dona molta importància a la narrativa experiencial del subjecte sobre el seu sofriment. D'aquesta manera, la comprensió d'aquesta narrativa serà possible no només captant el significat simbòlic del context cultural sinó també el sentit que hi atorga el subjecte de la narració. En paraules de Martínez Hernáez (2016), "aventurar-se en la dimensió significativa de les expressions de l'informant" (p. 36) permet descobrir com en un mateix marc cultural conviuen diferents sabers, als quals el subjecte atorga un valor propi en el procés d'enfrontar el seu malestar. En aquesta línia, que l'educador social assumeixi aquesta funció exegeta de l'hermenèutica permet pensar altres formes possibles d'actuació socioeducativa en l'àmbit de la salut mental que no passin per la dessubjectivació.

En relació amb això, Pié (2014) proposa que en la mesura que la interacció social està altament condicionada pels cossos, la idea d'allò *extraestètic* com a fórmula per a ressemanitzar la discapacitat permet pensar-la des d'un altre lloc, fent del cos "un nou text d'escriptura on altres significats es posen en joc" (p. 107). Assenyala Pié, seguint Foucault, que el *cos-essència no existeix*, ja que està travessat pel biopoder i en incessant reconstrucció. Això obre, per a aquells cossos (i ments) capturats per la imposició normativa, una possibilitat amb molt potencial polític en tant que són cossos refractaris a la normalització, potència i possibilitats que, segons el nostre parer, haurien de ser impulsades per les pràctiques de l'educació social, tal com desenvoluparem a l'apartat final.

Una perspectiva marxista

Des d'un enfocament marxista, els símptomes es consideren signes de relacions socials naturalitzats. Són les relacions socials capitalistes, històriques i situades les que produeixen malaltia, però la biomedicina, deshistoritzant i desocialitzant la malaltia, aconsegueix emmascarar-ne l'origen social amb l'objectiu de reproduir l'ordre capitalista dominant. El resultat d'aquesta na-

turalització és la *reïficació mútua d'objecte i subjecte* (Lukács, 1969), és a dir, el malalt es reïfica i la cosa es personifica, i com a conseqüència les persones afectades pel patiment psíquic han estat històricament excloses i la seva veu, sistemàticament negada i silenciada.

Els conceptes gramscians d'*hegemonia* i *subalternitat* han tingut una influència notòria en alguns corrents antropològics. Per a Gramsci (1967) la funció *hegemònica* que el grup dominant exerceix sobre tota la societat seria una relació basada en un suposat *consens espontani* que la massa subalterna atorga al *grup bàsic dominant*. Aquest consens sorgeix del *prestigi* originat pel mateix grup dominant i el seu rol en les estructures de producció de pensament. Ara bé, que es produeixi aquest consens no implica que la coerció desaparegui, ja que com afirma Gramsci (1967) l'aparell estatal "s'assegura *legalment* la disciplina dels grups activament o passivament en *desacord* [o] quan el consens espontani declina".

La relació entre hegemonia i subalternitat és una tensa relació de forces. És des d'aquestes mateixes estructures dominants que opera la *producció de significats* (Bourdieu i Boltansky, 2009), que els subalterns assimilen acríticament, fent-se seus valors i cosmovisions pròpies dels dominants. Aquesta adhesió del dominat al dominant sorgeix de l'*habitus* (Bourdieu, 2000) entès com el conjunt de disposicions, formes d'actuar i d'atorgar sentits que els subjectes internalitzen al llarg de la vida. Aquests esquemes funcionen alhora com a formes de reproducció social dels esquemes mateixos, que com que no són res més que la forma assimilada de la relació de dominació fan que aquesta relació sembli natural (Bourdieu, 2000). Així i de forma no conscient, els subalterns construeixen la relació de dominació i explotació de la qual formen part. És producte d'aquesta dialèctica de tensions i resistències implícites en l'hegemonia el sorgiment d'aquest consens artificios que anomenem *normalitat* i que genera una manera de veure i sentir el món compartit en comú, una espècie de *sentit comú*, el qual és sacsejat i qüestionat per les diferents formes que pren això que hem anomenat *la bogeria*. Des d'aquesta perspectiva crítica es pot afirmar, com desenvoluparem més endavant, que els modes de producció i relació capitalistes són essencialment malaltisses.

La pedagogia de l'oprimit

Paulo Freire (1979) desenvolupa la seva filosofia pedagògica al voltant d'un eix central, la dialèctica opressor-oprimit. L'opressió, mitjançant diferents mecanismes, reproduïx l'ordre dominant i ho fa mitjançant l'*alienació objectiva* en la qual "el subjecte alienat és devorat per la seva existència alienada" (Marcuse, 1968). Això produeix el que Freire anomena *adherència* dels subjectes oprimits, mitjançant la qual no només no són conscients de les causes de la seva opressió, sinó que, a través de la *prescripció*, és a dir, la interiorització i assimilació acrítica dels principis i valors del dominant, els

primers els reproduïen socialment. Així, a través d'aquesta naturalització de les causes de l'opressió, es perpetua la relació de dependència opressor-oprimit, que al seu torn genera un bucle de més dependència.

Aquesta interiorització de l'opressió pels oprimits es produeix mitjançant l'educació *bancària*, la naturalesa de la qual és *narrativa i discursiva*, narració que necessita un *subjecte que narri* i un *objecte que escolti*, un receptor passiu. El discurs educatiu bancari transmet una idea de la realitat com una cosa *aturada, estàtica* i que per tant no pot ser d'una altra manera a com ja és. És, així, una educació concebuda com l'acte *dipositari* de transmetre els valors i coneixements de la minoria dominant, una educació entesa com a mecanisme de la ideologia de la dominació al servei de l'absolutització de la ignorància (Santos, 2008).

La conseqüència fonamental d'això és, per a Freire, que com més s'acostumin els oprimits a aquesta passivitat, més gran serà la tendència a l'adaptació en lloc de la tendència a la transformació del món i menys podran desenvolupar la consciència crítica mitjançant la qual s'hi produiria la *inserció*.

La pedagogia de l'oprimint té quelcom de *procés socràtic* (Santos, 2008) que desvetlla la saviesa oculta dels oprimits presumptament ignorants. Un *cerce de la potència* (Ranciè, 2010) que, posant en valor el *no-saber* dels oprimits, instaura la percepció crítica en la mateixa acció (Freire, 1979) i, en obligar-lo a fer servir la seva pròpia intel·ligència, el subjecte es va comprometent en la praxi transformadora cap a l'emancipació. Ara bé, perquè l'acció esdevingui autèntica praxi, el saber que en resulti ha de ser objecte de reflexió crítica, perquè sigui una praxi constituent de la *raó nova de la consciència oprimida* (Freire, 1979). Només la reflexió i l'acció poden permetre superar la contradicció opressor-oprimit. En el mateix sentit, afirmava Horckheimer (1974) que la teoria crítica "no obra al servei d'una realitat ja existent: només n'expressa el secret" (p. 248), és a dir, el pensament crític ha de servir per desvetllar allò que la realitat amaga, per convertir-se en pràctica antagònica per a l'alliberament. Freire entén aquest alliberament com la *restauració de la intersubjectivitat*, per a la qual cal establir una pràctica dialògica, escoltar i ser escoltat. D'aquí la importància de la paraula en l'acte educatiu.

Fins aquí, la breu aproximació a certes teories que des de les ciències socials poden dotar-nos d'algunes eines conceptuals que ens permetin articular una pràctica educativa particular, una pràctica que ens possibiliti incidir d'alguna manera en la realitat que ens envolta. Com apuntàvem a l'inici, deixem a cadascú la tasca de discernir què, del que hem esbossat, pot ser-li útil en la seva pràctica quotidiana.



Per a Freire, com més s'acostumin els oprimits a aquesta passivitat, més gran serà la tendència a l'adaptació en lloc de la tendència a la transformació del món

La paraula (dita i escoltada)

En el circuit institucional el subjecte queda *absorbit com a objecte* (Basaglia, 1973) i una resposta passaria per situar la persona al centre del procés per recuperar el *lloc de subjecte* que mai no hauria d’haver perdut. Això, que és fàcil d’enunciar, és més difícil d’implementar. Per a això caldria [re] inventar nous contextos en què el valor de la paraula i de l’escolta ocupi un lloc primordial com a condició perquè pugui emergir allò que el subjecte diagnosticat hagi de dir sobre si mateix, que pugui explicar la seva història amb *les seves* paraules perquè, resignificant la seva experiència, pugui construir una nova narrativa (la pròpia) que el situï en un lloc diferent al que tenia prèviament assignat com a *malalt*. Els subjectes d’això anomenat bogeria estan *subjectats* per una semàntica –construïda per d’altres– que els manté *fixats* i, per tant, immobilitzats. Esdevé necessari, llavors, obrir espais on es pugui allotjar el dolor del subjecte tenint en compte la dificultat que pot suposar per a ell trobar les maneres de verbalitzar conceptes que puguin expressar a altres subjectes la seva experiència íntima de patiment. Malgrat aquesta dificultat, la paraula pot tenir la possibilitat de sorgir només si existeix aquest context on es doni un valor fonamental a l’escolta.

Donar la paraula

Donar la paraula al subjecte (i escoltar-ne la seva) és el que pot permetre-li accedir a un altre lloc simbòlic

Això que hem anomenat *la realitat* només pot ser transformada d’alguna manera inserint-s’hi críticament, mitjançant una lluita en la qual els oprimits o els alienats siguin subjectes de paraula i d’acció, en tant que la “paraula resulta inseparable de l’acció i de la reflexió amb què construïm el món” (Salas, 2016, p. 84). Per això la importància que Freire dona a la comunicació i el diàleg, que és una *exigència existencial* i condició indispensable per a la transformació. Considerem que molts dels aspectes de la pedagogia de l’oprimit que va proposar Freire continuen tenint plena vigència i actualitat. En conseqüència, esdevé imprescindible i urgent una educació per a l’emancipació que generi *subjectivitats rebels i resistents* (Salas, 2016), una educació que, com proposava Freire, recuperi per a l’ésser humà la *vocació ontològica* d’humanitzar-se, de *ser més*. Això pressuposa entendre l’educació com un ofici obert a l’esdevenidor (a allò que pugui venir), obertura que possibiliti l’acte educatiu entès com “un esdeveniment ètic que permet diluir la dicotomia unidireccional de la relació *subjecte/agent*, establint altres formes de relació educativa bidireccionals mitjançant les quals tots dos ensenyen i aprenen” (Giménez Martret, 2017, p. 77). Donar la paraula al subjecte (i escoltar-ne la seva) és el que pot permetre-li accedir a un altre lloc simbòlic, ubicar-se d’una manera diferent al món.

Partint d’una perspectiva que entén la salut mental comunitària com un procés continuat de creació de condicions de salut en què es participa tant des de la clínica com des de l’àmbit social, es pot parlar de camps en diàleg. L’ar-

ticulació d'aquests camps permet operar per minvar el patiment psíquic i l'estigma social, així com per produir subjectivitats i recursos simbòlics.

Pensem la noció de clínica com a dispositius oberts a l'imprevist, una clínica oberta a allò inesperat i a l'esdeveniment, una *clínica de la sorpresa* (Olivera, 2016), que obre la possibilitat a la producció de continguts que circulen oberts cap a una multiplicació inacabada de sentit, perquè no oblidem que una gran part de la clínica dominant està colonitzada per un *cientifisme* que pretén desposseir-la de la seva dimensió subjectiva (Martínez Westerhausen, 2013).



Aquesta perspectiva en relació amb les nocions de donar lloc a l'inesperat, a allò que pugui esdevenir-se, ens remet a una pràctica educativa que en la tasca quotidiana del nostre ofici reivindicuem obertament, la de Fernand Deligny (1971), que, malgrat que estava situada fora de l'àmbit psiquiàtric, sí que estava relacionada amb el treball amb les psicosis i obria la possibilitat a "deixar que entri en joc l'imprevist, que pugui esdevenir-se *el que sigui*".

Escollar la paraula

Els trastorns mentals en general, i les psicosis en particular, ens obliguen a pensar en les diferents formes de relació de l'ésser parlant amb la paraula, tal com proposa Percia (2004), per a qui la paraula "no és porta d'entrada a una pretesa interioritat", sinó que de vegades és una crida que convoca a una relació possible. No és una meta sinó un punt de partida possible.

Les psicosis i encara més l'esquizofrènia vertebrèn, segons Geekie (2006), els eixos centrals a partir dels quals orbiten epistemologies i pràctiques en la salut mental occidental. Com que són molt diverses i de vegades antagòniques, també ho són les explicacions sobre la naturalesa de les psicosis. En la majoria de casos, aquests corrents teòrics tenen quelcom en comú, construeixen el seu discurs explicatiu sobre *què és* la psicosi, des d'un saber pretesament científic elaborant nosologies que exclouen el subjecte que ha experimentat l'episodi psicòtic.

Aquests corrents teòrics construeixen el seu discurs explicatiu sobre *què és* la psicosi, des d'un saber pretesament científic

Aquesta marginació del pacient en la construcció del sentit de l'experiència psicòtica té, entre altres conseqüències, el fet de disposar d'una terminologia molt reduïda per a referir-se a una experiència que els qui que la viuen expressen de maneres molt àmplies i diverses (Geekie, 2006). És una qüestió de principis ètics, però també una forma de desactivar els discursos hegemònics donant veu als *coneixements subjugats*, el fet de potenciar que siguin els subjectes que han viscut l'experiència psicòtica els qui construeixin models explicatius a partir del seu coneixement vivencial. La importància que per als subjectes té poder narrar la seva història i dotar-la d'un sentit propi queda reflectida a l'estudi realitzat per Geekie. L'autor mostra, a través de dades

recollides en la seva pràctica clínica, la variada diversitat, en fons i forma, dels significats i causalitats que els pacients atorguen a la seva experiència personal. En un intent de desvetllar la naturalesa de l'experiència psicòtica, els participants narren el *què* i el *perquè* de la seva experiència. Les explicacions apunten a causes multifactorials de tipus psicològic, biològic, social i interpersonal. Pel que fa al significat subjectiu que l'experiència té, abasta qüestions ètiques, espirituals i existencials. És a dir, hi ha una profunditat de reflexió i qüestionament sobre la *naturalesa del jo*, aspectes que com assenyala Geekie (2016) estan pràcticament absents de la literatura científica sobre les psicosis. Una cosa és autoexplicar l'experiència i una altra de diferent compartir-la amb els altres, de manera que l'autor destaca la necessitat expressada pels mateixos subjectes quant a poder narrar la seva experiència, donant-hi un sentit. És a dir, que puguin ser *autors* de la seva pròpia narració, malgrat que en alguns casos es pot produir una anul·lació quan el subjecte que narra sent que s'infravalora el seu punt de vista.

Sens dubte, donar la veu als afectats implica posar en qüestió el discurs hegemònic i les pràctiques professionals que s'hi relacionen, raó per la qual la psiquiatria dominant prefereix ser qui expliqui als subjectes què els passa i per què. Aquesta negació del saber, *profà* però directe, del subjecte que ha viscut l'experiència psicòtica impedeix *aportar llum sobre l'experiència* al mateix temps que obtura la possibilitat d'ampliar els límits dels coneixements sobre les psicosis, que la mirada des de diferents perspectives i el diàleg entre sabers tecnocientífics i llocs podria permetre i potenciar.

Una proposta pràctica de salut mental col·lectiva

Un exemple viu i dinàmic de com la paraula pot donar-se, encarnar-se i circular és l'experiència de Radio La Colifata, nascuda el 1991 a la ciutat argentina de Buenos Aires i que va ser la primera ràdio de la història a emetre des d'una institució psiquiàtrica, això que Goffman (2001) va anomenar *institucions totals*. La Colifata ens mostra, entre altres coses, que aquesta totalitat mai no és absoluta, atès que malgrat el tancament sempre resta quelcom del subjecte que no es deixa capturar, una cosa inaprehensible que resta fora d'aquesta pretesa totalitat.

Els èxits i la repercussió obtingudes van ser tan importants, que la seva experiència va ser replicada en diferents llocs del món. Per bé que no pretenem establir-hi un paral·lelisme, atès que hi ha diferències significatives en les quals no entrarem, si que volem apuntar una experiència molt important que convidem a conèixer. Es tracta de Ràdio Nikosia, que en les seves pròpies paraules “lluita perquè la bogeria, habilitada en la diferència, pugui ser vista com un espai possible, una part més del mapa heterogeni de tota comunitat” (Correa Urquiza, Arqués i Gonzalo, 2005).

El cas de Radio La Colifata

En una primera anàlisi del naixement de Radio La Colifata crida poderosament l'atenció una qüestió que, a parer nostre, esdevé fonamental. Allò que a l'inici era percebut com una mancança, com una falta, és precisament el que, paradoxalment, permetrà al dispositiu constituir-se com una metodologia innovadora. És el fet de no disposar d'aparells de transmissió radiofònica allò que estableix les claus que marcaran la diferència. Molt probablement si haguessin tingut un equip des de l'inici, la producció resultant hauria estat diferent de la que ha estat. El fet de gravar els programes a l'interior de l'hospital i la posterior necessitat de cercar una sortida a l'exterior, mitjançant la difusió en ràdios, públiques o comercials, possibilita que la paraula dels interns, sempre ignorada i marginada, trobi una via de circulació social en la comunitat.

Un altre aspecte clau és el fet que aquestes ràdios gravaven l'emissió a l'aire, al costat de les aportacions i preguntes dels oients, gravacions que, al seu torn, eren retornades a La Colifata. Això va generar una comunicació bidireccional interior-exterior, desdibuixant en bona mesura els límits dins-fora dels murs. És a partir d'aquesta particular dinàmica comunicacional que s'institueix el *dispositiu obert radiofònic* i també del saber fer del psicoanalista, membre de l'equip, que hi intervé i escolta. La veu de l'oient, que mitjançant els enregistraments entra posteriorment a l'hospital, és escoltada pels *interns*, però no és una escolta neutral i asèptica. En tant que la paraula d'un *altre* (l'oient) interpel·la l'intern, es converteix en una paraula fundacional, que li atorga una existència de subjecte, el reconeix socialment com a tal.

Ara bé, al voltant d'un 90% dels interns participants a la ràdio estan clínicament categoritzats dins la psicosi, aquesta forma específica de *pèrdua de la realitat*, que construeix el deliri com una temptativa de cura. A la base de tot procés psicòtic hi ha el fracàs de la *metàfora paterna*, allò que Lacan anomena la *forclusió* del *Nom del Pare*, aquest *tercer simbòlic* la funció del qual és regular la inestabilitat fonamental de l'equilibri imaginari amb l'*altre* (Chemama, 2004). Si l'inconscient del *neuròtic* és fundat per un mecanisme de repressió i estructurat com un llenguatge, en les psicosis aquesta repressió no opera per l'absència d'aquest mecanisme, de la mateixa manera que el subjecte no entra en la simbolització pel llenguatge. Dit d'una altra manera, així com el neuròtic ho és en el discurs, es diu que el psicòtic ho és *fora* del discurs (Peusner, 2010).

En la psicosi, o més ben dit com puntualitza Olivera (2016), en la *irrupció del brot psicòtic*, el que falla “és la capacitat d'utilitzar el llenguatge com a representació que produeixi sentit a l'existència”. En paraules seves, la *metàfora delirant* és una temptativa de reemplaçar la no-inscripció de la metàfora paterna. Essent així, es pregunta de quina manera un *dir delirant* (Olivera,



En la psicosi, el que falla “és la capacitat d'utilitzar el llenguatge com a representació que produeixi sentit a l'existència”

2016) pot aconseguir un *valor de missatge* per esdevenir comprensible per a l'*altre* social que escolta, per arribar a la *normalitat* social dominant representada pel neuròtic.

Per a Percia (2004), La Colifata es constitueix com un lloc “d’enunciació i recepció col·lectiva. Un espai per a paraules encara no pronunciades. Suport per a una metàfora que parla” (p. 129). Hi contribueix la paraula de l’oient, que anomenant l’altre internat produeix uns efectes d’*acotament del gaudi* (Olivera, 2016) que en certa manera pot operar com un intent d’*inscripció en allò simbòlic*. D’altra banda, l’intern, en instal·lar preguntes on habiten les certeses, opera sobre l’imaginari social, possibilitant la deconstrucció de mites i prejudicis culturals sobre la bogeria. En aquest sentit, es pot parlar sense dubte de dispositiu per al treball en salut mental col·lectiva, atès que cada participant, des de dins o fora dels murs, solidàriament, posa quelcom de la seva part al servei d’un altre o, el que és el mateix, es dona una mútua producció de subjectivitat. La resposta que la proposta de La Colifata ha obtingut per part de la comunitat és una demostració que el dispositiu no apunta només a una necessitat de salut dels interns, sinó també a la de moltíssima gent. Tot ésser humà, sigui quina sigui la seva estructuració psíquica, necessita *reparar* alguna cosa, cap endins i cap enfora (Olivera, 2016). Reconèixer això és en certa manera *normalitzar*, igualar-nos en el patiment, encara que les formes d’expressió siguin diferents.

Una clau fonamental en tot el procés és, com apunta Olivera, l’acció que realitzen els oients d’investir libidinalment la paraula del psicòtic, atès que *libidinitzar* el discurs és una manera d’ajudar a produir-lo. Perquè això sigui possible, és indispensable que el dispositiu sigui tan obert que permeti que es puguin donar les condicions de comunicabilitat d’allò que qui arriba porta amb si mateix, malgrat que sigui un deliri.

En resum, podem concloure que Radio La Colifata és un projecte polític en tant que el seu accionar té com a efecte la transformació profunda de les institucions de salut mental (macro), planteja i construeix maneres diferents d’interrelació (micro), al mateix temps que la presa de decisions s’emmarca en un procés de treball col·lectiu. És, doncs, un projecte *ètico-terapèutic*, perquè sorgeix d’una ètica que, partint de l’*apriorisme de reconèixer l’altre* com a subjecte capaç de produir diferència, genera recursos de producció de subjectivitat. Així, ètica i política unides en l’acció educativa mostren que tenen un potencial amb efectes terapèutics.

Microresistències possibles des de l'educació social

Les microresistències dels subjectes desajustats al que socialment se n'espera, les persones amb diagnòstic psiquiàtric que es resisteixen a sotmetre's a l'etiqueta reduccionista de la malaltia i els professionals que renuncien a operar des d'una lògica *monològica* (Martínez Hernández, 2008) constitueixen en si mateixes pràctiques polítiques. Es poden considerar polítiques en la mesura que reivindiquen la legitimitat d'aquests processos de *desajust* com a part de la capacitat d'*agència* del subjecte i de decisió sobre si mateix, donant un lloc de centralitat al recorregut biogràfic de la persona perquè pugui construir una nova narrativa despatologitzada sobre si i actuant sempre, com a dispositius, sota la premissa del rebuig absolut a tota forma de "normalització, ordre i estructura impositiva (Pié, 2015, p. 84), a tota dinàmica que impliqui la subjecció de l'altre, subjecció que no és altra cosa que un *esborrar-lo* com a subjecte.

El malestar individualitzat, patològitzat i medicalitzat és despolititzat pel poder terapèutic (López Petit, 2007), en canvi, si és col·lectivitzat esdevé un malestar polititzat. En paraules del psiquiatre Guillermo Rendueles (2011):

Polititzar les tristeses [...] requereix perdre l'esperança de millorar amb els fàrmacs o els consells que s'hi prescriuen per descobrir l'etiologia del dolor. Confiar en les persones properes més que en un professional llunyà perquè alleugi els meus duels requereix temps de convivència junts (p. 96).

Així, col·lectivitzar el malestar i les pràctiques per a un *estar millor* ja són en si mateixes pràctiques polítiques i, a parer nostre, l'única forma possible de pensar el treball educatiu en salut mental.

Això implica necessàriament que els professionals s'han de situar en un lloc diferent i sostenir aquesta posició d'horizontalitat que permeti qüestionar i dubtar de la pròpia praxi, conferir la marca de singularitat als mínims gestos i trobades (Guattari, 1996), evitant de caure en posicions de producció i reproducció de pràctiques de dominació.

Horizontalitat que no és sinònim de simetria, sinó de posició que estableix una relació que, tot i ser asimètrica, no ha de ser necessàriament jeràrquica (Giménez Martret, 2017) i a través de la qual, com ens va mostrar Freire, no es busca la creació d'un ésser-objecte, sinó d'un ésser-subjecte. Perquè això sigui possible, cal desvincular-se d'aquelles pràctiques paternalistes o assistencialistes basades en la generació de dependències, que no són sinó posicions de poder i dominació, per dotar-les d'aquesta paritat que reconeix subjectes de dret i, amb això, el potencial humanitzant de l'acte educatiu. És en aquest sentit que Cornu (2017) afirma que "si es busca tendir a l'emancipació per sobre de les desnivellacions que alimenten les dependències, cal un tomb complet: sostenir una igualtat en l'asimetria de llocs" (p. 101).



Els professionals s'han de qüestionar i han de dubtar de la pròpia praxi, conferir la marca de singularitat als mínims gestos

Pensar el treball col·lectiu des de fora d'un marc conceptual clínic permet situar-se en un espai social comunitari, entès com a productor de nous sentits per als subjectes de la bogeria. A partir de les praxis que sorgeixen d'aquests contextos col·lectius es pot facilitar que el subjecte elabori una nova narrativa sobre si mateix que, allunyant-lo de la identitat patològica, el situï en un lloc diferent, desemmalaltint la seva identitat, és a dir que pugui ser construïda i contemplada més enllà de la noció de malalt mental (Correa-Urquiza, 2012). En aquest sentit, podríem dir que allò terapèutic (si és que s'esdevé) no seria l'objectiu original de la tasca educativa, sinó un efecte possible del fet de sentir-se part integrada de la comunitat.

En aquest sentit, assenyala Pié (2011, p. 263) que l'educador no educa, sinó que “articula territoris que fan possible experiències vitals que són les que veritablement eduquen”. En aquesta línia, podríem dir que l'educador no *cura* però habilita escenaris que possibiliten *experiències vitals* que potser (i només potser) poden tenir efectes terapèutics. En relació amb això, Olivera (2016) parla d'espais *en salut* i no *de salut*, en tant que la salut no és produïda per l'espai sinó per les condicions que puguin articular-s'hi. Així doncs, des de l'educació social hauríem d'apostar per habilitar dispositius educatius en què l'etiqueta diagnòstica amb què carreguen els participants resti en suspens, expulsada de l'espai col·lectiu. Això no significa negar l'existència de la “malaltia” com a tal, sinó rebutjar obertament que constitueixi la identitat de la persona amb patiment psíquic, al mateix temps que es reivindica que el subjecte sigui l'eix i el protagonista del seu propi procés. Perquè això sigui possible, s'ha de produir una conjunció de sabers que imprescindiblement inclogui el reconeixement del *saber profà* (Correa-Urquiza, 2009), el que sorgeix de l'experiència de patiment en el propi cos, “un saber que és producte de l'elaboració de les vivències que determinen i corporitzen el patiment, que constitueix en si mateix un tipus de coneixement amb possibles aplicacions pràctiques i efectives” (Correa-Urquiza, 2014).

Desenvolupar espais col·lectius d'atenció que operin des de lògiques diferents de la manicomial suposa, en paraules de Correa-Urquiza (2012), crear

nous dispositius d'escolta i acció social que funcionin dins de la comunitat des de lògiques relatives a allò comunitari. Això implicaria que el subjecte accedeixi a l'oportunitat d'abandonar els seus estatus i rols de pacient, de malalt mental, per tornar a ser fonamentalment persona, per accedir a l'opció de re-articular la seva identitat, de decidir què, qui i com vol editar i reestructurar la seva presència social. El seu lloc en el tot col·lectiu (p. 3).

Entenem en aquest context la idea *accedir* des de la doble accepció del terme, que no se li impossibilita l'accés i que el subjecte, per la seva banda, hi accedeixi, és a dir, que consenti a traspassar aquest llindegar que mena de la passivitat del pacient al paper actiu de l'actor del procés. En relació amb això, és important destacar, com fa Correa-Urquiza (2012), que la possibilitat de prendre aquest rol actiu i una resignificació de la pròpia identitat passa

inevitablement per alliberar la paraula de la càrrega semàntica dominant pel que fa a la bogeria. Només la proposició i la circulació de nous sentits i significats pot fer quelcom per desactivar el gran pes d'estigmatització social que aquesta semàntica promou.

En aquest sentit, podem dir que el vell discurs assistencial, l'exclusió de la bogeria, la lògica de tancament del manicomi, etc., continuen avui operant amb la mateixa intensitat, malgrat que sigui sota diferents formes estructurals i simbòliques. Certament, en l'actualitat es tanca menys els subjectes entre murs institucionals físics, atès que han estat substituïts, principalment, pels *murs* neuroquímics (Martínez Hernáez, 2013) i les camises de força reemplaçades per una àmplia oferta de neurolèptics, ansiolítics i altres drogues farmacològiques, substàncies que, camuflant els símptomes, impedeixen que puguin ser entesos com un missatge del subjecte que *n'espera un desxiframent* (Baldiz, 2007), amb la qual cosa sembla innegable que continua operant la lògica de *silenciar l'angoixa per prescripció mèdica* (Pié, 2012). Això comporta, a més, la condemna a un tancament dins de si mateixos, en la individualitat més ferotge. Una individualitat tan internalitzada com a instrument de dominació invisible, que fins i tot és reclamada i exigida per grans capes de la societat. És el que Correa-Urquiza (2015) defineix com una fusió entre les *tècniques de dominació* i les *tècniques de si mateix*, les quals comporten avui un efecte d'autodominació en el subjecte. En aquest sentit, Marcuse (1968) ja ens va advertir que “la lliure elecció d'amos no suprimeix ni els amos ni els esclaus” (p. 38). El fet de poder revelar aquesta certesa fa més necessari que mai l'exigència ètica de recuperar allò polític, *retornant al subjecte la seva història* (Correa-Urquiza, 2015).



Només la proposició i la circulació de nous sentits i significats pot fer quelcom per desactivar el gran pes d'estigmatització social que aquesta semàntica promou

Un malestar que és polític

Actualment podem afirmar sense objeccions que el capitalisme és causa de malaltia. Com ens recorda Lipovetsky (2010), “com més triomfa el *consum-món*, més es multipliquen les desorganitzacions de la vida mental, el patiment psicològic, l'esforç de viure” (p. 192). D'aquesta manera, soscar a poc a poc el monopoli governamental de la realitat (Foucault, 1996) que avui dia ja no és en mans dels governs, sinó del capital, significa comprendre que realitat i capital són avui una mateixa cosa, una realitat òbvia en tant que se'ns presenta com a única i insuperable (López Petit, 2003). Aleshores, poder superar l'obvietat d'aquesta realitat plenament capitalista (López Petit, 2009) o, com a mínim, una temptativa de soscar-la, passa necessàriament per la construcció d'espais, dispositius i sabers col·lectius i comunitaris, tant en l'àmbit de la salut mental com en qualsevol altre àmbit d'allò social en què tingui lloc l'educació social. Com assenyala Barthes (1992), “no és possible pensar en una societat lliure si s'accepta d'entrada preservar-hi els antics llocs d'escolta: els del creient, del deixeble i del pacient” (p. 255).

Pensar una institució o estructura social la finalitat de la qual, com proposa Basaglia (1973), no estigui dirigida a la producció, entesa en el sentit econòmic clàssic, si no orientada al subjecte i les seves condicions de vida, produeix sens dubte efectes diferents. També caldrà entendre, per intentar transformar-les, la manera com algunes pràctiques, sabers i discursos ens “fan ser” d’una forma determinada, per a poder pensar altres formes possibles de ser (Jordana, 2018).

Resignificar políticament la noció mateixa de malaltia pot permetre produir altres efectes que contribueixin a un *estar millor* del subjecte

Per a obrir-se a aquest món de possibilitats noves, entenem que l’educador ha de prendre necessàriament un posicionament que li permeti no sucumbir al *sociototalitarisme de la normalitat* (Leo, 2010) que imposa el discurs hegemònic. En la mesura que el discurs psiquiàtric dominant, això que Artaud (1988) va definir com *jurisdicció sobirana i terrible*, que dona a la psiquiatria el *dret de mesurar l’esperit*, és un discurs que defensa els límits de la norma, sembla obvi que hi ha una relació entre psiquiatria i política (Basaglia, 1973). Coincidim amb l’autor en el fet que la política no cura, però sí que fa emmalaltir amb una definició que té un significat polític i, per tant, uns efectes també polítics. Si això és així, aleshores resignificar políticament la noció mateixa de malaltia, dotar d’un altre sentit el significat, repolitzar-lo, ens pot permetre produir altres efectes que –si bé potser no curen (o potser sí)– contribueixin a un *estar millor* del subjecte.

Renunciar a les solucions de caràcter assistencialista requereix alhora inventar espais en què sigui possible acollir els *estats de conflictivitat* (Percia, 2004). Al mateix temps, proposem fer extensible la idea de conflictivitat als educadors, pensar si som creadors de solucions o, més aviat, si determinades pràctiques que es pretenen educatives són, en si mateixes, part del problema generador d’exclusions diverses. En definitiva, com poèticament ens proposa Skliar (2014), “la qüestió a indagar és el si mateix, el problema és el nosaltres mateixos, cada vegada que allò igual, allò comú i allò normal són pronunciats com a origen i centre de l’univers” (p. 27). Pensar-nos a nosaltres mateixos com a part del problema pot permetre’ns, potser, ser-ne part de la solució.

Entendre l’educació social com una presa de posició, que dona la paraula més que no pas la pren, que escolta la de l’altre en lloc d’imposar la seva, que valora el subjecte contra l’objecte, allò heterogeni sobre allò homogeni, allò particular davant d’allò universal. Una universalitat que no té res a veure ja amb l’ideal kantian, atès que avui “l’única cosa que és universal en el capitalisme és el mercat” (Deleuze i Guattari, 2001, p. 107). Davant d’això, si es pretén una acció educativa que incideixi en els processos de transformació subjectiva –la pròpia i la d’aquells amb qui treballem– no hi ha cap altra opció que, com ens suggereix Deleuze (2012), “apel·lar a produccions de subjectivitat susceptibles d’oferir resistències a aquesta nova forma de dominació [la del control obert i constant] molt diferent a la disciplinària” (p. 22). En un sentit similar, Leo (2011) ens anima a “no considerar el subjecte de l’educació com un ésser diagnosticat, adjectivat, sabut per endavant, sinó

a manera d'enigma, com una hipòtesi i una pregunta a resoldre que ens convida a treballar" (p. 135). És des d'aquesta posició hermenèutica de *mirar l'altre* com un enigma a desxifrar que s'obren noves possibilitats i escenaris per treballar, des de l'espai educatiu, en l'àmbit de la salut mental col·lectiva.

En conseqüència, entenem que l'educació social ha de defugir de la idea, que ha acabat convertint-se en dogma suposadament progressista, que pretén que ens hem de posar en el lloc de l'altre. Per contra, pensem que l'essència de la tasca de l'educador és, sobretot, no renunciar en cap cas a assumir la responsabilitat de ser l'*altre* que el subjecte de l'educació (i qualsevol subjecte) necessita per poder ser "un altre" (Fryd i Silva, 2010, p. 14). Renunciar a ocupar aquest lloc implica que l'educador dimiteix de la funció més essencial del seu ofici.



Conclusions

Aquest treball tenia com a objectiu pensar maneres possibles de mirar la salut mental des de l'educació social, explorar quines nocions d'altres disciplines ens poden servir per bastir un discurs que permeti sostenir unes pràctiques que puguin ser integradores i habilitadores del subjecte. Hem fet incursions en altres territoris com l'antropologia, la sociologia, la filosofia i, per descomptat, la pedagogia.

Hem conclòs que només poden ser pràctiques integradores aquelles que posin el subjecte de la salut mental al centre de l'acció, atès que no hi ha inclusió possible sense un reconeixement actiu del subjecte. Aquest reconeixement passa necessàriament per donar valor a la paraula del subjecte i a l'escolta de la paraula, posant en qüestió les pràctiques discursives hegemòniques. Per a això cal habilitar o (re)inventar espais i dispositius on aquesta paraula pugui ser enunciativa i posada en circulació.

Hem mostrat com aquests plantejaments teòrics es materialitzen en un cas pràctic com el de Radio La Colifata.

Així mateix, ens ha semblat fonamental distingir entre la noció de malaltia, vinculada a la semàntica biomèdica, per a oposar-hi la noció de patiment psíquic, orientada a la percepció subjectiva (Saavedra i Berenzon, 2014). Aquesta segona posició permet, a més, que el subjecte pugui elaborar una nova narrativa despatologitzada sobre si mateix i sobre allò que li passa, posant així en valor el *no-saber* dels oprimits (Freire, 1979). Considerem necessària una certa noció hermenèutica que permeti descodificar els signes lingüístics i simbòlics que existeixen en tota construcció discursiva, per a aconseguir tant com sigui possible una comprensió de la lògica operant en cada pràctica. Rescatem la noció de concebre el cos com un objecte polític socialment construït i la necessitat que una deconstrucció de la lògica domi-

nant només pot venir d'una pràctica que ha de ser també necessàriament política. Acceptant i compartint la idea que el capitalisme emmalteix, aquesta pràctica política, en conseqüència, ha de fomentar processos de producció de sentit i de relació social, radicalment diferents als promoguts pel model capitalista.

Una praxi que atorgui un lloc de centralitat a les persones, acollint-les, escoltant-les, no posant-hi obstacles, ni simbòlics, ni teòrics ni pràctics, possibilitant que siguin els autors de les seves pròpies narratives experiencials, sent copartícpis –ells i nosaltres– de la construcció de múltiples sabers compartits.

Defensem una
educació
experiencial
oberta a
l'esdeveniment
inesperat, al fet
que l'imprevist
pugui
esdevenir-se, una
educació
emancipadora

Defensem, en definitiva, una educació experiencial (i experimental) oberta a l'esdeveniment inesperat (Olivera, 2016), al fet que l'imprevist pugui esdevenir-se (Deligny, 1971), una educació emancipadora que només pot ser aquella que generi subjectivitats rebels i resistents (Salas, 2016). Una educació social crítica, entesa com a exercici de resistència enfront dels discursos i les pràctiques de dominació, posant en joc microresistències quotidianes que s'oposin a la irrefrenable tendència cap a "la ficció sanitària i la psiquiatrització de la vida quotidiana" (Solé i Moyano, 2017, p. 105) que envaeix els discursos i els espais educatius. Davant d'això, una forma de resistència eficaç ens sembla sens dubte la que planteja Pié (2015), la de ser un educador *hermeneuta*, capaç d'interpretar la *multidimensionalitat* entesa com a canvi radical en la teoria explicativa del com i el perquè del procés social, econòmic i polític d'emmalaltir.

Ricard Giménez Martret

Educador social

Professor del grau d'Educació Social

Universitat Oberta de Catalunya

Membre de la Taula de Reflexió en Educació Social (La TreS)

Membre del grup Clínica i Educació (CiE)

rgimenezmart@uoc.edu

Bibliografia

- Artaud, A.** (2007). *Van Gogh, el suicidado por la sociedad*. Buenos Aires: Argonauta.
- Artaud, A.** (1988). Carta a los directores de asilos de locos. En *Cartas a los poderes*. Buenos Aires: Argonauta.
- Baldiz, M.** (2007). El psicoanálisis frente al discurso del Amo contemporáneo. En *La sociedad terapéutica. Espai en Blanc. Materiales para la subversión de la vida 3-4*. Barcelona: Espai en Blanc, Bellaterra, 105-118.
- Barthes, R.** (1992). *Lo obvio y lo obtuso*. Barcelona: Paidós.
- Basaglia, F.; Basaglia Ongaro, F.** (1973). *La mayoría marginada. La ideología del control social*. Barcelona: Laia.
- Bordieu, P.** (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bordieu, P.; Boltanski, L.** (2009). *La producción de la ideología dominante*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Correa-Urquiza, M.** (2014). Radio Nikosia: Motín en la nave de los locos. En *Rethinking Madness. Interdisciplinary and multicultural reflections*. InterDisciplinary Press. Oxford-United Kingdom.
- Correa-Urquiza, M.** (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. En Desviat, M.; Moreno, A. [eds]. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 885-894.
- Correa-Urquiza, M.** (2009). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis doctoral. Universitat Rovira Virgili: Tarragona.
- Correa-Urquiza, M.; Arqués, E.; Gonzalo, N.** (2005). Pròleg. Emitiendo en el vaivén. En Diversos autors. *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.
- Chemama, R.; Vandermersch, B.** (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cornu, L.** (2017) Acompañar: el oficio de hacer humanidad. En Frigerio, Korinfeld, Rodríguez (coords.). *Trabajar en instituciones: los oficios del lazo*. Buenos Aires: Noveduc, 101-116.
- Csordas, T.** (1994). *Embodiment and Experience*. Cambridge: Harvard University Press.
- Deleuze, G.** (2012). ¿Qué es un dispositivo? En Deleuze, Tiquun. *Contribución a la guerra en curso*. Madrid: Errata Naturae, 9-25.
- Deleuze, G.; Guattari, F.** (2001). *¿Qué es la filosofía?* Barcelona: Anagrama.
- Deligny, F.** (1971). El grupo y la demanda. A propósito de la Gran Cordada. En Deligny, F. *Los vagabundos eficaces*. Barcelona: Estela.
- Foucault, M.** (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M.** (2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: FCE.
- Foucault, M.** (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Freire, P.** (1979) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.



- Fryd, P.; Silva, D.** (2010). Una experiencia de producción de conocimiento en educación social. En Fryd, Silva (coords.). *Responsabilidad, pensamiento y acción*. Barcelona Gedisa, 11-17.
- Garcés, M.** (2013). *Un mundo común*. Barcelona: Bellaterra.
- García Molina, J.** (2011). Agentes dobles. En Sáez, García. (coords). *Metáforas del educador*. Valencia: Nau Llibres, 15-20.
- Geekie, J.** (2006). Escuchar las voces que oímos. La comprensión de los clientes de las experiencias psicóticas. En Read, Moshe, Bentall [comps] *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 181-195.
- Giménez Martret, R.** (2017). *Pensamiento libertario y educación social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Laboratorio de educación social.
- Goffman, E.** (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gramsci, A.** (1967). *La formación de los intelectuales*. Mèxic: Grijalbo.
- Guattari, F.** (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Horkheimer, M.** (1974). *Teoría crítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jordana, E.** (2018). Gobierno biopolítico del malestar e infraestructuras de cuidado. En Solé, J. y Pié, A. [coords.]. *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*. Barcelona: Icaria, 73-108.
- Julià, A.** (2005). La salud mental en el corazón de la educación social. En *Revista de Educación Social, núm. 3, gener 2005* [Monogràfic Salud mental y educación social].
- Leo, J. M.** (2010). El encuentro con la psicosis, el trabajo del educador. *L'interrogant, núm. 11*. Barcelona: Fundació Nou Barris, 38-40.
- Lipovetsky, G.** (2010). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.
- López Petit, S.** (2009). *La movilización global. Breve tratado para atacar la realidad*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- López Petit, S.** (2007). Politizaciones apolíticas. En *La sociedad terapéutica. Espai en Blanc. Materiales para la subversión de la vida* 3-4. Barcelona: Espai en Blanc; Bellaterra, 15-34.
- López Petit, S.** (2003). *El infinito y la nada. El querer vivir como desafío*. Barcelona: Bellaterra.
- Luckács, G.** (1969). *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*. Mèxic: Grijalbo.
- Marcuse, H.** (1968). *El hombre unidimensional*. Barcelona: Seix Barral.
- Martínez Hernández, A.** (2016). Contribuciones antropológicas a la salud mental. En Pié, A. [coord]. *Estrategias antropológicas y pedagógicas en salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 13-70.
- Martínez Hernández, A.** (2013). Fuera de escena: la locura, lo obscuro y el sentido común. En Martínez Hernández; DiGiacomo; Masana (Eds.). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: Universitat Rovira Virgili, 199-220.
- Martínez Hernández, A.** (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez Westerhausen, A. (2013). El autismo no es una epidemia del siglo XXI. En Monseny, J. [coord]. *El autismo, un reto para la colaboración entre clínicos y pedagogos*. Barcelona: Horsori, 9-20.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merleau-Ponty, M. (1981). *La fenomenología de la percepción*. Barcelona: Gedisa.

Olivera, A. (2016). *Experiencias innovadoras en el ámbito de la salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza.

Percia, M. (2004). *Deliberar las psicosis*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Peusner, P. (2010). *Reinventar la debilidad mental. Reflexiones psicoanalíticas en torno a un concepto maldito*. Buenos Aires: Letra Viva.

Pié, A. (2015). Hegemonía, subalternidad y participación social. En Pié, A. (coord). *Salud mental colectiva I. Participación, inclusión y ciudadanía*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 63-125.

Pié, A. (2014). *Por una corporeidad postmoderna. Nuevos tránsitos sociales y educativos para la interdependencia*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Pié, A. (2012). Diálogos entre juventud y locura. En García Molina (coord). *Pensar, mirar, exponerse*. València: Nau Llibres, 153-160.

Pié, A. (2011). Manifiesto contrapedagógico. En Moyano; Planella [coords]. *Voces de la educación social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 255-268.

Ranciére, J. (2010). *El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Barcelona: Laertes.

Rendueles, G. (2011). El estado de malestar. En *El Estado Mental I. Tenemos que hablar*. Madrid: El Estado Mental, S.L., 81-96.

Saavedra, N.; Berenzon, S. (2014). Tés, medicamentos, grupos de autoayuda. Trayectorias de atención y salud mental en la Ciudad de México. En Brigidi, S.; Comelles, J.M. [eds.] (2014). *Locuras, culturas e historia*. Tarragona: Universitat Rovira Virgili, 105-128.

Santos, M. (2008). Ideas filosóficas que fundamentan la filosofía de Paulo Freire. En *Revista Iberoamericana de educación*, 46, 155-173.

Salas, M. (2016). Freire y la locura: estrategias pedagógicas desde saberes hechos de experiencia. En Pié, A. [coord]. *Estrategias antropológicas y pedagógicas en salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 71-112.

Scheper-Hughes, N.; Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1.

Skliar, C. (2014). La belleza deficiente. Prólogo. En Pié, A. (2014). *Por una corporeidad postmoderna. Nuevos tránsitos sociales y educativos para la interdependencia*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 19-30.

Solé, J.; Moyano, S. (2017). La colonización Psi del discurso educativo. En *Foro de Educación*, v. 15, núm. 23, juliol-desembre 2017, 101-120.

