

Som *en* allò que connectem. Més enllà del biologicisme

Recepció: 10/04/2020 Acceptació: 28/05/2020

Resum

El biologicisme, avui ja fusionat i superat pel paradigma neuro, aspira a suprimir la paraula com a ressort del vincle entre professional i pacient/usuari. Promou, en el seu lloc, la (neuro) imatge muda. L'article proposa una altra orientació a partir del símptoma, com a tret singular d'un subjecte, i prenent el suport en el treball en xarxa com a pràctica col·laborativa que li atorga protagonisme.

Paraules clau

Conversa, neuro, xarxa, símptoma.

Somos *en* lo que conectamos. Más allá del biologicismo

El biologicismo, hoy ya fusionado y superado por el paradigma neuro, aspira a suprimir la palabra como resorte del vínculo entre profesional y paciente/usuario. Promueve, en su lugar, la (neuro) imagen muda. El artículo propone otra orientación a partir del síntoma, como rasgo singular de un sujeto, y tomando el apoyo en el trabajo en red como práctica colaborativa que le otorga protagonismo.

Palabras clave

Conversación, neuro, red, síntoma.

We are *in* what we connect. Beyond biologism

Biologism, now fused with and surpassed by the neuro paradigm, aims at suppressing the word as a resort of the link between professional and patient/user. In its place, it promotes the (neuro) mute image. The article proposes an alternative approach based on the symptom as a singular feature of a subject, finding support in networking as a collaborative practice and giving it a key role.

Keywords

Conversation, neuro, network, symptom

Com citar aquest article:

Ubieto Pardo, José Ramón (2020).

Som *en* allò que connectem. Més enllà del biologicisme.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 61-75.



- La crisi recent de la COVID-19 ha aguditzat, sens dubte, el sentiment de la por col·lectiva i ho ha fet sobre el teló de fons d'una crisi generalitzada de confiança. ¿Qui confia ara plenament en les indicacions d'institucions respectables com l'OMS o els governs quan ens alerten o ens aconsellen sobre què cal fer? O fins i tot de científics o professionals experts que opinen i proposen mesures d'abordatge de la pandèmia o de qualsevol altra consigna sobre salut.

Sabem que la confiança és un element clau en la cohesió social, allò que els clàssics anomenaven l'*affectio societatis*, aquest cola social sense la qual la convivència se'n ressent greument i apareix la desafecció, la indiferència o directament l'hostilitat davant les propostes de l'altre. La nostra conjuntura actual ha exacerbat, per aquesta crisi de confiança ja esmentada, l'emergència de nous paradigmes en la relació assistencial. No es tracta d'una novetat, fruit de la situació actual, ja que el procés de transformació de la relació assistencial en els diferents àmbits (clínic, social, educatiu) ve d'antic, però la crisi actual l'ha revelat d'una manera més crua.

Per tant, avui el dilema ètic per als professionals és aprofundir en una posició autosuficient, legitimada per discursos pseudocientífics, o bé pensar la seva praxi com un efecte d'una pràctica col·laborativa. Esser professionals en allò que connecten i no com a resultat automàtic d'un suposat saber expert, atribut previ i individual.

Nous paradigmes en la relació assistencial

Ja en ple segle XXI podem constatar que aquesta tendència "individualista" constitueix la base més ferma de la nova relació assistencial

Avui vivim ja en la postmodernitat –o hipermodernitat per a d'altres– i assistim a l'agudització d'algunes de les contradiccions i paradoxes ja incloses al programa il·lustrat. Els assoliments pel que fa als drets de l'individu han minat l'autoritat, fins aleshores absoluta, del professional, que ja no aconsegueix fer-se càrrec en exclusiva del tractament del malestar. Aquest saber expert i quasi infal·libre personalitzat en el metge –i propi d'un règim patriarcal i verticalitzat– es relativitza i es posa en tensió amb altres sabers que hi ha en joc: la psicologia primer, però també l'educació i l'àmbit social, i és per això que l'ideal de salut s'entén, a partir d'aleshores, en els tres registres: biopsicosocial (Gabbard i Kay, 2002).

Ja en ple segle XXI podem constatar –en el creixement i expansió, a més, de les tecnologies digitals– que aquesta tendència "individualista", al costat de les falses promeses del científicisme, constitueix la base més ferma de la nova relació assistencial les característiques i conseqüències de la qual ja podem albirar amb claredat. Seguint els treballs del professor Angelo Soares (2010), podem assenyalar quatre factors clau. El primer tret és la descon-

fiança del subjecte (pacient, usuari, alumne) cap al professional, al qual cada vegada li suposa menys un saber sobre el que passa (i per això s'ha institucionalitzat la segona opinió) i del qual cada vegada té més por que es converteixi en un element de control i no pas d'ajuda. Les xifres actuals sobre el boicot terapèutic, la manca d'adherència al tractament o els episodis de violència en centres sanitaris o socials són un clar signe d'aquesta pèrdua de la confiança en la relació assistencial (Serra, 2010).



A aquest factor hi respon –gairebé com un mirall– un segon tret que no és cap altre que el de la posició defensiva dels mateixos professionals que fan ús, de manera creixent, de procediments preventius davant de possibles amenaces o denúncies dels seus pacients. La por es converteix així en un ressort clau que condiciona la pràctica assistencial les conseqüències de la qual, com veurem tot seguit, no són banals.

Aquests dos factors tenen conseqüències, la més important: la pèrdua de qualitat i quantitat del vincle clínic-pacient. Aquest diàleg basat en l'escolta de la singularitat de cada cas, i que requeria una trobada cara a cara, amb certa constància i regularitat, s'ha transformat en una trobada, cada vegada més fugaç, de curta durada i sempre amb la mediació d'alguna tecnologia (proves, ordinador, prescripció). L'estil “assistencial” que descriu Berger, sobre el metge rural John Sasall¹, queda ja com una relíquia si ho comparem amb el protocol actual de visita a l'atenció primària, en la qual el metge presta més atenció als requeriments de l'aplicatiu informàtic que no pas a escoltar el pacient, a qui amb prou feines mira.

El quart tret, correlatiu de l'anterior, és l'augment notable de la burocràcia en els procediments assistencials. La quantitat d'informes, qüestionaris, aplicatius, que un especialista *psi* –i de qualsevol altre àmbit de l'atenció a les persones– ha d'omplir supera ja el temps dedicat a la relació assistencial pròpiament dita. I tot això sense que el benefici d'aquests procediments estigui assegurat, com veurem més endavant. On hi havia el judici, apareix el tutorial.

Aquestes característiques configuren una nova realitat marcada per una pèrdua notable de l'autoritat del professional, derivada de la substitució del seu judici propi (element clau en la seva praxi) en detriment del protocol monitoritzat, una reducció del subjecte atès a un element sense propietats específiques (homogeni), i que respon amb el rebuig ja esmentat (boicot i violència), i una sèrie d'efectes en els professionals diversos i greus: *burn-out*, episodis depressius recurrents, mala praxi. Cal puntualitzar que quan parlem d'autoritat ens remetem al seu origen etimològic (*auctoritas*), que deriva d'*autor*, aquell que és capaç d'invençió, d'enteniment i de resolució de problemes, no el que basa el seu acte en l'exercici del poder (*potestas*).

Aquesta nova realitat és la conseqüència d'un ampli i il·lusori afany reduccionista que tracta la complexitat real que abordem mitjançant raonaments i procediments simplificats

Aquesta nova realitat és la conseqüència d'un ampli i il·lusori afany reduccionista que tracta la complexitat real que abordem mitjançant raonaments i procediments simplificats. Això es tradueix en transformacions profundes a tres nivells: el supòsit epistemològic, que defineix una concepció determinista del saber i del subjecte humà com a home neuronal, el supòsit metodològic, que implica una manera d'interacció entre les disciplines que aspira a esborrar qualsevol diferència, i finalment el supòsit organitzatiu, que respon cada vegada més a operacions de vigilància i control, disfressades de mesures d'optimització de recursos.

El paradigma neuro

Un paradigma funciona i il·lumina el nostre enteniment perquè institueix els conceptes clau (significants amo) i la relació lògica que mantenen entre ells. Aquest fet ordena de manera no sempre visible les concepcions teòriques, i les teories científiques esdevenen deutores d'aquest paradigma. Un paradigma genera, per tant, una pragmàtica de l'acció i no és mai innoeu. Analitzarem a continuació alguns d'aquests significants clau i la seva interrelació per a captar-ne millor les conseqüències.

L'home neuronal

Allò neuro és avui un veritable significat amo de l'època, que s'afegeix a la xarxa, un altre significat clau actual, i junts formen la xarxa neuronal. De fet, comparteixen molts significants com deslocalització, descentralització, flexibilitat, plasticitat o connexió en xarxa, que al seu torn formen part del camp semàntic del capitalisme neoliberal. Allà on Max Weber associava l'ètica protestant al capitalisme incipient, ara l'home neuronal i el neoliberalisme són indistingibles. Com ens recordava la psicoanalista Marie Helene Brousse, "avui tothom busca imposar el significat miraculós que els permetrà controlar maneres de gaudir" (Brousse, 2018). Allò neuro aspira, sens dubte, a ser aquest significat miraculós.

Tota la imatgeria cerebral, cada dia més potent, no pot amagar la impossibilitat d'una relació precisa entre causa i efecte. Impossibilitat que només des de la psicoanàlisi podem situar en relació amb el símptoma, cosa que s'escapa a qualsevol càlcul i resisteix en els aprenentatges, en les relacions personals o col·lectives, no absorbible en l'èxit mite del neurocentrisme.² Assistim, cada dia, a la proliferació d'investigacions sobre la genètica humana, els fonaments biològics dels seus processos mentals, afectius i relacionals. Aquestes investigacions pretenen explicar, a partir de la nostra neuroquímica cerebral o de la nostra fisiologia neuronal, com és possible que algú triï una parella, decideixi les seves inversions en borsa o s'afiliï a

un partit polític. Tot això es basa en la idea de l'home neuronal, un subjecte sense consciència, o en tot cas amb una consciència ja programada i amb un funcionament aliè a la seva voluntat, decidit per misterioses sinapsis (Pérez Álvarez, 2011). Aquestes tesis enalteixen la idea d'un individualisme irresponsable ja que els seus actes estarien prèviament determinats per causes alienes a aquest individualisme (bioquímica cerebral, dotació genètica). En l'origen de tot això suposem que hi ha una causa genètica que, per bé que és indemostrable (autisme, esquizofrènia, etc.), apareix com la garantia final, l'evidència científica de tot el discurs (Tizón, 2009). L'aparició del DSM V el 2014 no va fer sinó confirmar aquesta idea (Frances, 2010).



Aquestes tesis *neuronal*s abracen també l'àmbit de la intervenció social, per bé que amb menys intensitat que en altres àmbits com el de la salut o l'educació. Es parla ja de la *neurona de Wall Street* per a explicar el comportament humà amb el paradigma del liberalisme econòmic, com si actuéssim de manera isomòrfica en el sistema capitalista (Pérez Álvarez, 2011). Es pretén així trobar les bases neurològiques de les pràctiques socials en un moment en què assistim a un declivi evident de les ciències humanes i socials (Llovet, 2011).

Aquesta pseudociència es presenta com un alliberament del *re-ligare* d'allò antic. Recolza en el poder de la ciència, exorcitzadora dels lligams i les contaminacions dels vells procediments que implicaven una "confusió" entre subjecte i objecte. La paradoxa és que aquesta ciència abusiva, o sigui el científicisme, acaba donant forma sòlida a una nova religió pel seu caràcter holístic.

Evidències que no són tan evidents

La segona gran transformació de la nova realitat assistencial fa referència als seus procediments i a la tecnologia en ús. El privilegi atorgat a algunes tècniques, com les ja esmentades de la imatgeria cerebral, se sustenta en l'axioma de les evidències científiques. Avui no hi ha un sol programa assistencial que no posi de manifest aquesta exigència d'*evidències científiques* per a les tècniques de tractament admeses. De fet el sintagma *evidències científiques* s'ha convertit en una mena de contrasenya necessària per al finançament del projecte assistencial però la demostració esdevé, sovint, prescindible. Sembla més una pràctica de consens i d'adhesió (hi hauria el bàndol de les *evidències científiques* i el dels altres) que la verificació d'un requisit veritablement deduït del mètode científic (Ubieto, 2010).

No insistirem en les crítiques a l'abús del concepte d'*evidència científica* (la primera paradoxa la trobem en el terme mateix d'*evidència*, "falsa" traducció del terme anglès *evidence* que caldria traduir més aviat com a prova), però cal preguntar-se pel seu èxit (Ubieto, 2010). Sens dubte és una conjunció de factors que mostren com el (mal) ús que han fet algunes d'aquestes tècniques

del paradigma de la medicina científica moderna, fundada per Claude Bernard (1976), les arrecera de qualsevol crítica de xerrameca o pseudociència, quan efectivament es tracta d'un exercici de poder, revestit de científicisme, en els diversos àmbits: acadèmic, professional i institucional.

Avui veiem com la major part de la psiquiatria, una part de la psicologia i per descomptat una bona part de les neurociències aspiren a definir-se com a ciències de la conducta, excloent del seu objecte el subjecte mateix. Aquesta operació exigeix un xifrat absolut dels procediments, les proves diagnòstiques, els efectes de la terapèutica i els resultats dels programes. Xifrat que podem considerar necessari i adequat en algunes pràctiques mèdiques, en tot el que fa referència a la terapèutica, ja que en constitueixen l'essència mateixa, però resulta fal·laç i ridícul quan es tracta de prendre la mesura exacta d'aquesta part del subjecte que no és, ni pot ser-ho, xifrabable, per bé que tampoc no és inefable (Broggi, 2003). És el que el bioquímic Javier Peteiro (2010) ha anomenat, i ha mostrat amb encert, l'autoritarisme científic, propi d'una societat posthumanista.³

L'ambició és un multiculturalisme professional, on cadascú fa sense retre comptes a l'altre i ocultant que sempre hi haurà una disciplina de rang superior que acabi ordenant el conjunt

D'altra banda, el mètode que correspon a aquesta nova realitat assistencial configura una interacció entre les disciplines (psiquiatria, psicologia, medicina, ciències socials, educació) de tipus multidisciplinari, on cadascuna suma a l'anterior en termes d'addició, més que no pas d'interacció. No hi ha entre elles diàleg possible, sinó tan sols sumatori de dades o hipòtesis. L'ambició és un multiculturalisme professional, on cadascú fa sense retre comptes a l'altre i ocultant que sempre hi haurà una disciplina de rang superior que acabi ordenant el conjunt. En aquest cas són les neurociències, que són acrítiques, les que hi aporten la causa final.

Massa gestió mata la clínica i allò social

La tercera transformació fa referència als models organitzatius de la pràctica assistencial, actualment dominada per l'anomenada NGP (Nova Gestió Pública o *New Public Management*). Transforma els ciutadans en usuaris-clients i la tasca es mesura en funció de l'eficàcia (excel·lència) entesa com a eficiència i control dels actes professionals, la qual cosa és contradictòria, de vegades, amb criteris de qualitat i ètica. És sabut que la continuïtat dels professionals i l'ajust permanent a les necessitats, claus de la bona relació assistencial, entra de vegades en conflicte amb les exigències (i temps) de productivitat i amb la rigidesa dels protocols.

Alguns dels principis bàsics d'aquesta nova reenginyeria social són la jerarquització dels serveis; l'estandardització de pràctiques i processos (imposició del *one best way* com l'única manera de fer, plasmat en la imposició de guies, protocols i idealització acrítica de les "bones pràctiques")⁴; mètodes importats directament del camp de la salut pública i la idolatria de l'acte,

com a índex sintètic de la mesura de gestió, és la clau. Ara ja no hi ha filosofia de l'acció, sinó d'economia de l'activitat. La tarificació pren l'acte com a referent, pensat com una imatge reduïda, homogènia i instantània dels intercanvis per a comparar-los i controlar-los financerament (Chauvière, 2007).

És una nova manera de fer que implica, sens dubte, un canvi en les relacions entre els professionals i els pacients/usuaris, basades en una concepció dels serveis professionals reduïts a una sèrie seqüencial d'actes tècnics que poden ser gestionats racionalment. És aquí on es justifiquen les disfuncions, i no en la manca de recursos o en les condicions de vida de les poblacions afectades. Aquests "clients" són objecte d'atenció estandarditzada però no són actors col·lectius o individuals del canvi.

Tradicionalment era funció del professional sortir-se'n amb tota la "contaminació" subjectiva, aquesta transferència del vincle que no podia deixar-lo mai indiferent. Avui el famós mètode Lean, que va donar l'èxit a la indústria automobilística japonesa i que després va ser importat a la nord-americana, serveix de base per a la millora de la gestió pública, aspira a crear sistemes de producció flexibles, àgils i que siguin capaços de respondre a la demanda dels clients (Kamata, 1993). Consisteix a eliminar qualsevol malbaratament, totes aquelles activitats que no aporten valor afegit i l'origen de les quals és triple: el malbaratament, la inestabilitat i la variabilitat dels procediments. La paraula, base de la conversa, és considerada un "contaminant" a suprimir perquè constitueix un malbaratament en la tasca assistencial.

No hi ha dubte que aquest nou model organitzatiu ha comportat alguns efectes positius com és l'afavoriment d'algunes xarxes assistencials integrades i l'ús de noves tecnologies, però és clar que en conjunt suposa un increment notable de les estructures de gestió i una accentuació de les formes de control i de la recerca permanent del rendiment, sense que els beneficis siguin evidents.

Confiar en el símptoma

Aquesta nova realitat assistencial, inspirada en les directrius de la NGP no és l'única manera d'abordar el malestar psíquic i social. De fet, conviu amb altres modalitats del vincle transferencial que aspiren a no renunciar a la subjectivitat, com a element específic del subjecte humà, allò que en certa manera ens fa inclassificables a cada un de nosaltres. Subjectivitat entesa com el fet innegable que el subjecte no és avaluable com a tal (una altra cosa és que ho siguin algunes de les seves performances o dels seus signes vitals), atès que el subjecte no compleix un dels requisits clau de l'avaluació: no és evident ni transparent. I no ho és perquè allotja en el seu interior un element d'opacitat que és allò íntim, que apunta a allò més real de cada un de nosaltres i és per això desconegut per al subjecte, mancat de sentit.



Confiar en el símptoma és una bona guia de pràctica clínica per recordar que aquest subjecte no està programat per les seves condicions genètiques

Confiar en el símptoma és una bona guia de pràctica clínica per recordar que aquest subjecte que atenem no està programat ni determinat per les seves condicions genètiques o neurològiques. Que continua sent, amb tot aquest bagatge, un subjecte responsable, capaç de respondre dels seus actes i el nostre interlocutor en el diàleg terapèutic. El seu símptoma ens parla de les significacions travades, reprimides i ocultes, però també de la seva empena a la satisfacció, d'allò que l'anima sense que això suposi d'entrada un sentit clar. La hiperactivitat que observem en alguns subjectes no té més sentit que ella mateixa com a activitat pulsional, satisfacció del cos que cadascú habita. No és en va que vivim en una societat addictiva, on cadascú persevera en aquesta repetició pulsional sota diferents formes (tòxics, feina, menjar, joc).

Sense renunciar a les aportacions de les neurociències i d'altres disciplines, hem de recordar que el mètode clínic no és reductible ni equivalent al mètode experimental. Aquí, la tècnica principal continua sent la conversa que mantenim amb el subjecte sobre el seu malestar. Una conversa que té les seves pròpies regles (Ubieto, 2009) i que promou una interdisciplinarietat que no es redueix al sumatori de sabers, ja que compromet els professionals en l'abordatge d'aquest símptoma d'una manera cooperativa, sempre que això sigui possible i convenient.

Es tracta de prendre molt seriosament que és sempre el subjecte qui fa la seva primera construcció del cas, i en totes les solucions la seva decisió és fonamental

L'atenció de casos, basada en aquesta conversa regular, implica una comunitat d'experiència que es constitueix com un vincle social entre els serveis d'atenció social, educació i salut, a partir d'un territori comú i d'una realitat de treball compartida (infància en risc, violència de gènere, patologia mental). Els seus avantatges són evidents i van des d'una millor visió del cas (global i singular) fins a l'evasió de certs passatges a l'acte professional, limitats pels espais de supervisió i anàlisi de casos. En aquest model es tracta de prendre molt seriosament que és sempre el subjecte qui fa la seva primera construcció del cas, qui prescriu el símptoma a tractar, en la seva demanda inicial, i qui ens mostra que sempre hi ha una "pluralitat" de solucions més que no pas *la* solució, i en totes les solucions la seva decisió és fonamental (Ubieto, 2011).

Aquest mètode exigeix compromís i per tant implica riscos; el primer és que cal posar-hi el cos, atès que no és possible un vincle terapèutic sense implicació subjectiva (Di Ciaccia, 2001). El psi, a diferència de l'experimentador al seu laboratori, no és un personatge extern ja que pertany de ple a l'experiència. La "contaminació" subjectiva està assegurada perquè el vincle transferencial que estableix amb les persones que atén no és asèptic ni neutral, és un vincle de compromís en el qual posa el seu saber teòric, les seves competències i obligacions legals, però sobretot hi posa la seva implicació personal com a element clau en la gènesi de la confiança i de la seva autoritat professional.

L'establiment d'aquest vincle no és sense dificultats i tampoc no està garantit en tots els casos. L'ús de protocols en l'actuació clínic-social ha de respondre a una justificació més enllà de la purament administrativa. Un protocol pot esdevenir un instrument útil si contribueix a la gènesi d'efectes terapèutics en els pacients/usuaris i/o d'efectes de formació per als clínics i altres professionals que hi intervenen. Sense aquest benefici, el protocol esdevé un fi en si mateix i per tant és estèril en la praxi clínic.

El fracàs de la lògica del *one best way* que s'ofereix, sobretot per part de les agències de salut pública, com la solució és cada vegada més evident. Per això ens convé pensar en la promoció de la diversitat, en un mosaic de serveis ajustats a l'heterogeneïtat de situacions i demandes, oposat a l'afany homogeneïtzador del model de l'hospitalcentrisme i de les propostes de tractament únic, fundades en fal·laços arguments pseudocientífics.



Perspectives

La creació de xarxes professionals, flexibles en les seves connexions però fermes en la seva orientació, afavoreix la gènesi d'intercanvis professionals i la coresponsabilitat i participació dels diversos actors. Avui ja tenim experiències en curs, amb avenços importants, que donen bona fe de les possibilitats d'aquesta modalitat de relació assistencial (Ubieto, 2019).

Si pensem en el que vindrà els propers anys, l'opció de liderar un treball en xarxa no ens deixa gaire marge. Perquè l'alternativa seria una proposta de vida algorítmica on la decisió i l'elecció del subjecte (professional o usuari) queden eliminades en benefici del càlcul que l'algoritme fa del que ens convé. Sense ignorar tots els avenços realitzats, que no són pocs, hi ha també alguns aspectes molt millorables.

Si tot el que connectem són: etiquetes diagnòstiques, informes escolars, dades socials i algunes primeres hipòtesis del cas, no som una proposta gaire interessant per abordar les problemàtiques de la infància i l'adolescència, la violència familiar, els problemes de salut mental o la precarietat sociolaboral.

Hi ha un primer estadi de la feina en xarxa que requereix un treball intern entre les pròpies xarxes per consolidar una metodologia i un compromís que permeti fer de la construcció del cas un útil compartit. Aquesta construcció del cas és un element central en la nostra consideració de la feina en xarxa ja que és allà on es posa a prova la nostra capacitat per articular els sabers en joc de manera interdisciplinària, i no només com un sumatori de perspectives. No aspirem, quan ens ajuntem al voltant d'un cas, a saber més sinó a saber alguna cosa nova, alguna cosa que no hi era abans i que només pot ser el resultat d'una elaboració col·lectiva.

A partir d'aquesta primera autorització, cal aconseguir que els responsables institucionals avalin i reforcin aquesta opció professional tot comproment-s'hi ells també. És cert que això no és fàcil, però també ho és que no som al punt zero i que ja hi ha moltes iniciatives, fins i tot legals, que treballen en aquest sentit: circuits, protocols, projectes amb deu anys o més de durada. Per què continua constant tant ampliar aquestes iniciatives o reforçar i millorar les que existeixen? És només un problema institucional, d'acords polítics? Què hi tenim a veure els professionals i la universitat o els centres de formació amb aquest "retard"? Proposaré, a manera de debat, alguns eixos de discussió.

Individual *versus* col·lectiu?

Sembla haver-hi certa contradicció entre els encàrrecs institucionals que promouen accions col·lectives, ja siguin grupals, comunitàries o en xarxa i que, alhora, prioritzen l'atenció individual amb processos burocràtics cada vegada més pesats i exigents. És com si allò individual i allò col·lectiu no trobessin cap tipus d'articulació i fossin registres aïllats, fet que contradiu la idea mateixa que ens fem, i que ja Freud (1997) va assenyalar en el seu assaig *Psicologia de les masses*, que allò individual no és pensable sense el col·lectiu, i el mateix passa a l'inrevés.

Per què, doncs, insisteix aquesta contradicció no resolta i que es repeteix cada vegada que parlem de les dificultats d'anar més enllà de l'atenció individualitzada? Una hipòtesi és que obeeixi a una desconfiança dels polítics en les respostes professionals, considerant-los incapaços d'abordar els problemes reals si no és sota la modalitat de l'un per un i de la demanda-resposta.

També podria ser una desconfiança dels responsables polítics en les seves pròpies polítiques socials i en l'impacte electoral de qualsevol ensopegada, derivat d'accions col·lectives impulsades pels seus propis departaments. Però tampoc no caldria descartar les dificultats dels equips professionals a generar noves maneres d'articular allò individual i allò col·lectiu, sigui per por o per manca de formació.

La xarxa com a ideologia

Juntament amb aquesta paradoxa del doble encàrrec, hi ha també les dificultats que la mateixa administració té a l'hora de fer efectiu el seu ideal de treball en xarxa. Quan s'autoritzen o s'impulsen projectes, poques vegades s'implementen els recursos necessaris, sobretot els que fan referència a la coordinació, que és un element clau per a la sostenibilitat de qualsevol pràctica col·laborativa. Sense aquesta funció específica, les sinergies deixen de convergir per aïllar-se o entrar en conflicte. ¿Es tracta, pel que fa a aquesta

dificultat, de qüestions econòmiques (el plus que suposa la coordinació), rivalitats institucionals (poder) o la mateixa concepció de l'administració com a organització vertical i poc transversal?

El treball en xarxa –i la idea mateixa de xarxa– sembla concebre's com una ideologia que emmascara lògiques de poder revestides d'ideals (col·laborar, compartir, transparència) formulats com a principis, que després difícilment s'adeqüen a les pràctiques reals d'assignació de recursos efectius o d'establiment de prioritats. Per això, un altre repte de la feina en xarxa és trobar *partenaires* més enllà de l'administració, que amplii la xarxa que dona cobertura a aquestes pràctiques i que facilitin un intercanvi de recursos (econòmics, personals, de coneixement).

En una societat tan canviant com la nostra és impensable desvincular la pràctica de la investigació. Hi ha moltes realitats noves per a les quals cal pensar també noves respostes (realitat digital, canvis familiars, precarietat laboral i d'habitatge). Si no ho fem nosaltres, el que ja està passant és que se'ns imposen sense que ens n'adonem, fórmules pensades amb paradigmes assistencials molt diferents. Des de robots i *apps* per a l'assetjament escolar, fins a terapeutes virtuals, sessions de *neurofeedback* o realitat virtual, ampliació de la medicació, generalitzada ja sense límit d'edat. Si no participem en el disseny d'aquesta investigació-acció acabarem tancats en les nostres pròpies muralles i en una posició defensiva de curt recorregut. Institucions científiques (universitats, centres de formació), comunitats professionals (col·legis, associacions) i fundacions de recerca són *partners* necessaris per a la nostra feina i la nostra xarxa assistencial.

La suggestió en el lloc de la formació

Un tercer aspecte té a veure amb la baixa implicació d'alguns professionals en les pràctiques col·laboratives. Aquí sempre hi ha la hipòtesi de la posició personal de cadascú, que fa que alguns es resistixin a compartir el seu treball per temors diversos: exposició de si mateix, acceptació de les crítiques, por de perdre estatus. Però també cal tenir en compte aspectes més col·lectius com les deficiències de formació en unes pràctiques que rarament s'ensenyen a la universitat.

Les institucions i els mateixos professionals ¿tenen en compte avui aquestes deficiències en la programació de la formació permanent o opten per propostes de moda que, més enllà de l'impacte emocional immediat, deixen poca empremta en el saber fer i en l'aplicació a la praxi de cadascú?

Les propostes diverses d'autoajuda i les tècniques de relaxació, per exemple, poden ser útils per a cadascú a nivell personal però poques vegades es connecten a la tasca professional. Creiem, en canvi, que hi ha aspectes



Un altre repte de la feina en xarxa és trobar *partenaires* més enllà de l'administració, que amplii la xarxa que dona cobertura a aquestes pràctiques i que facilitin un intercanvi de recursos

bàsics com el maneig d'entrevistes, especialment en situacions complicades (violència, salut mental, adolescents), la direcció de grups o el lideratge de xarxes que compten poc en les activitats formatives que es proposen.

Aquesta orientació sembla que fa prevaler la suggestió, la recerca d'un fals "sentir-se bé" en detriment d'un treball d'elaboració dels interrogants que constitueixen tota praxi que afronta allò real del malestar quotidià.

Comunitats de discurs

Tradicionalment s'ha contemplat la comunitat com un concepte genèric que definia un ens abstracte que acabava reduït a alguns agents que operaven en el territori (agències públiques o concertades, associacions veïnals), el caràcter representatiu dels quals era discutible. La comunitat és, sens dubte, el territori però també els discursos que hi operen. La idea que ens fem de la infància i de les seves dificultats –ja sigui a partir de models biologicistes que ignoren les claus socials o a partir de visions deterministes socials que menystenen aspectes familiars o personals– "fabrica" comunitat de discurs i incideix molt directament en les nostres respostes a les dificultats d'aquesta infància i adolescència (abús de medicació, etiquetatge segregatiu).

Per això, un aspecte més innovador, i poc contemplat perquè suposa haver assegurat primer l'anterior, és la inserció en la comunitat d'aquest treball en xarxa professional. Avui ja no és pensable abordar problemàtiques d'infància i adolescència: conflictes paterno-filials per l'ús dels mòbils, fenòmens d'assetjament escolar, comportaments incívics, patologització d'aspectes quotidians (TDAH, TC), noves identitats sexuals, exercici de la maternitat i la paternitat, sense tenir en compte altres agents, a més dels serveis assistencials. Des de les biblioteques fins als casals infantils, passant per les AMPA, els centres oberts o les fundacions privades, són tots ells llocs on es crea opinió i es treballa quotidianament amb infants i adolescents.

La nostra experiència i el nostre saber són un capital social que hem de compartir amb ells i obtenir-ne beneficis mutus, sense que això ens faci confondre l'especificitat de cada pràctica

La nostra experiència i el nostre saber són un capital social que hem de compartir amb ells i obtenir-ne beneficis mutus, sense que això ens faci confondre l'especificitat de cada pràctica. Treballar directament amb ells té un impacte directe en la població a què atenem. Això inclou també els mitjans de comunicació. Tenim prou en compte la nostra capacitat de crear discurs sobre les problemàtiques que abordem?

En primera persona

Foucault (2007) va plantejar la biopolítica el 1980 com la filosofia principal en la salut mental: redueix la persona que pateix una malaltia mental a un organisme alterat. Elideix el subjecte, el converteix en objecte passiu de cures i atencions i fa tot el possible per desconèixer la veritat del seu patiment.

El pacient de la biopolítica és un organisme comminat a funcionar o a ser nominat i controlat. Amb el pas de segle, la biopolítica es troba amb un nou moviment social i científic de resposta. Es tracta de *la salut mental* comunitària en la qual la insatisfacció dels pacients, dels seus familiars i de les associacions sociosanitàries es fa present. La mateixa OMS reconeix que el 75% dels factors positius que intervenen en la cura i el benestar dels malalts mentals són no sanitaris. La vida activa en la comunitat, l'ocupació i l'habitatge dignes són les esferes principals d'aquest nou moviment sociosanitari.



Aquests moviments en primera persona són possibles si els ciutadans amb trastorns mentals temporals o de llarga durada es converteixen en protagonistes de la seva vida i defensors, més enllà de les necessitats, de les seves conveniències com a ciutadans. Organitzacions com VEUS⁵ a Catalunya i altres similars a l'Estat espanyol⁶ agrupen les persones amb experiència pròpia en la malaltia mental. Són el seu altaveu en les polítiques públiques. Promouen xarxes de protagonistes, coprotagonistes i agents sociosanitaris que donen veu a una nova salut mental on la comunitat reconeix i acompanya les conveniències dels ciutadans amb fragilitat mental i personal. Defensen els drets cívics d'aquestes persones. Lluiten contra una visió de la bogeria que permet els tractaments involuntaris, les contencions mecàniques, la violència institucional, la segregació i l'estigmatització.

No hi ha xarxa sense xarxes

Finalment, en un món digitalitzat ja no és pensable el treball en xarxa desconnectat de les xarxes socials. Hem de trobar la bona forma d'articular aquestes dues idees de xarxa, de tal manera que l'efecte sigui beneficiós per al nostre objectiu d'atenció i acompanyament de les realitats socials més vulnerables.

Avui l'*altre social*, entès com un interlocutor possible de les persones més enllà del seu entorn familiar i cap al qual dirigir, preguntar i demanar respostes, on recolzar-se per afrontar les múltiples solituds, es diu xarxa: xarxa social o xarxa professional. Entendre aquesta nova realitat digital és un desafiament i una necessitat que no podem defugir. Les estratègies vinculars (WhatsApp, correu, xats), les comunicatives (webs, blocs, *newsletter*, grups de discussió, xarxes socials) o les d'intercanvi (informació, dades, recerca de feina) passen avui ja per l'àmbit digital. Com deia el filòsof Heidegger (1994) quan feia referència a la tècnica, cal fer-ho amb serenitat: no renunciar a les novetats tècniques però tampoc a cap dels nostres principis (participació, corresponsabilitat, privacitat).

Som *en allò* que connectem vol dir que la nostra aportació al benestar de les persones depèn també de la capacitat que tinguem per implicar els altres

Som *en allò* que connectem vol dir que el nostre ésser professional, la nostra aportació al benestar de les persones que atenem, depèn no només de nosaltres mateixos sinó també de la capacitat que tinguem per implicar els altres: les famílies i els subjectes primer, però també altres agents de la comunitat (associacions, entitats). Implicar-los en la definició del problema, en la valoració i sobretot en les vies d'abordatge

José Ramón Ubieta Pardo
Psicoanalista

Professor de la Universitat Oberta de Catalunya
jubieto@uoc.edu

Bibliografia

- Bernard, C.** (1976). *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Broggi Trias, M.** (2003). Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica. *Medicina clínica*, vol. 121 (18), p. 705-709.
- Brousse, M. H.** (2018). Le triomphe des objets. *Lacan Quotidien*, 806. Recuperat de: <https://www.lacanquotidien.fr/blog/2018/12/lacan-quotidien-806/>
- Chauviere, M.** (2007). *Trop de gestion tue le social*. Paris: La Decouverte.
- De La Boétie, E.** (2008). *Discurso de la servidumbre voluntaria*. Madrid: Trotta.
- Di Ciaccia, A.** (2001). Una práctica al revés. En Guerrini, A. et al. *Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el área mediterránea*, p. 73-92. Madrid: Ministerio Affari Esteri -Ambasciata d'Italia.
- Foucault, M.** (2007). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-79)*. Buenos Aires: FCE.
- Frances, A.** (2010). Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM5. *Psychiatric Times*, 11, Febrer. Recuperat de: <https://www.seppyna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>.
- Freud, S.** (1997). Psicología de las masas y análisis del yo [1921]. *Obras completas*, vol. VII, p. 2563-2610. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gabbard, G.; Kay, J.** (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *The American Journal of Psychiatry* (ed. espanyola), vol. 5 (3), p. 129-136.
- Heidegger, M.** (1994). *Serenidad*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Kamata, S.** (1993). *L'altra cara de la productivitat japonesa: Nissan, Toyota*. Barcelona: Columna.
- Lacan, J.** (1988). Conferencia de Ginebra. En Lacan, J. *Intervenciones y textos 2*, p. 125-126. BBAA: Manantial.
- Llovet, J.** (2011). *Adiós a la Universidad. El eclipse de las humanidades*. Barcelona: Galàxia Gutenberg. Círculo de Lectores.

Miller, J. A. (2004). *La experiencia de lo real en la cura analítica*. BBAA: Paidós.

Pérez Álvarez, M. (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, vol. 32 (2), p. 98-112.

Peteiro, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez.

Serra, C. (2010). La violencia en el trabajo en el sector sanitario. Servicio de Salud Laboral. *Ponencia Primeras Jornadas de Psicología Laboral OSALAN. Barakaldo, 28 i 29 d'octubre del 2010*. Recuperat de: <http://www.osalan.euskadi.net/s94-osalan/es/>

Soares, A. (2010). *La qualité de vie au travail – La santé malade de la gestion*. Montreal : UQUAM.

Tizón, J. (2009). Asistencia basada en pruebas y psicoterapia: ¿es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 6, p. 8-40.

Ubieto, J. R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales*. Barcelona: Gedisa.

Ubieto, J. R. (2010). ¿Vamos hacia un modelo de “tratamiento único” del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 226, p. 9-13.

Ubieto, J. R. (2011). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Barcelona: EDIUOC.

Ubieto, J. R. (ed.) (2019). *Del Padre al iPad. Familias y redes en la era digital*. Barcelona: Ned.



-
- 1 Dietari de viatge del periodista, acompanyant un metge rural a l'Anglaterra de la postguerra: *Un hombre afortunado*, editat per Alfaguara (2009).
 - 2 Mite que caldria atribuir només a una part de les neurociències, a la qual, sota el títol de neurociència cognitiva, disciplina dominant en la psicologia contemporània, aspira a identificar els mecanismes biològics de la cognició, especificant les funcions psicològiques en termes neuronals.
 - 3 Avui tot apunta que les tendències actuals de la ciència condueixen més aviat a conceptes “tous”: la incertesa i la indecidibilitat a partir de les aportacions d'Heisenberg sobre les relacions d'incertesa, on s'afirma que la precisió amb què es pot mesurar simultàniament la posició i la velocitat d'un element material és necessàriament inferior a un cert llindar. O del mateix Gödel, que planteja que tota teoria, per molt rica que en sigui l'axiomàtica, condueix necessàriament a proposicions “indecidibles”: no és possible demostrar ni que siguin veritables ni que siguin falses. El mateix passa en les recerques serioses sobre genètica o neurociències.
 - 4 Fins avui sembla que hi ha poc acord sobre la naturalesa d'aquestes millors pràctiques ja que per a uns es tracta d'estàndards a transportar, un cop formalitzats, i per a d'altres d'experiències que només són verificables en la seva posada en obra i per tant no generalitzables, només mètodes d'observació i reflexió.
 - 5 Recuperat de: <https://veus.cat/es/quienes-somos/>.
 - 6 SAPAME (salud para la mente) a Granada o DIVERSAMENTE, que agrupa iniciatives a l'Estat espanyol: “La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas”. Recuperat de: <https://diversamente.es/salud-mental-primera-persona-comites-personas-expertas/>
-