

L'impacte desculpabilitzador dels «neurosabers» en pares d'infants amb TDAH

Ramona Tigell

DAFITS-Universitat Rovira i Virgili

ramonatigellgirones@yahoo.es

Resum: Aquest article és fruit d'una recerca etnogràfica realitzada com a treball de fi de màster d'antropologia mèdica. Exposarem els eixos principals d'un recerca que ha pretès visualitzar com l'apropiació idealitzada i quasi màgica del discurs de les neurociències produeix un efecte terapèutic de contenció de l'angoixa i de la culpa en els pares d'infants amb TDAH (trastorn per dèficit d'atenció o hiperactivitat), després d'una llarga trajectòria de desorientació i de patiment que constata com les relacions estructurals de dominació social acaben assignant al seu fill el rol de boc expiatori d'un determinat sistema social.

Paraules clau: TDAH, Etnografia, Biopoder, Neurociències, Biosocialitat

Abstract: This article is the result of ethnographic research leading to a master's degree thesis in Medical Anthropology. We will discuss the central concepts of a research project that has tried to show that the idealized and nearly magical appropriation of the discourse of the neurosciences has a therapeutic effect on the distress and guilt felt by parents with children who suffer from ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), after much confusion and suffering which reveal that the structural relationships of social domination end up casting their children as the scapegoats of a given social system.

Keywords: ADHD, Ethnography, Biopower, Neuroscience, Bio-sociality

1. Introducció

Els problemes d'hiperactivitat i manca d'atenció (TDAH) en els infants són avui i al nostre país un motiu de preocupació tant social com mèdic. Així ho afirmen Moya *et alii* (2010) en l'informe que van presentar al Parlament de Catalunya arran del seu estudi «Els problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya (TDAH i TC). Necessitats educatives que generen».¹ Inquietud i interès al voltant de la hiperactivitat que veiem reflectits en el desplegament creixent de publicacions científiques: en tretze anys (del 1967 al 1980) s'han triplicat els articles i quasi doblat els llibres i les tesis al voltant d'aquest tema (Lasa, 2000: 20).

Segons la quarta revisió del manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DMS-IV), entre el 3% i el 5% dels infants en edat escolar pateixen aquest trastorn; la qual cosa representa una mitjana d'un infant per aula. Concretament a Tarragona, l'assistència dels infants amb TDAH al CAP de Salut Mental Infantil Juvenil de la província de Tarragona ha augmentat només en un any (2012) un 30%² respecte a l'any anterior.

Quant a la despesa farmacèutica, a la Regió Sanitària de Tarragona la facturació efectuada pel CatSalut dels productes farmacèutics *metilfenidat* i *atomoxetina* (els psicofàrmacs prescrits als infants i adolescents diagnosticats de TDAH) ha augmentat en sis anys (del 2008 al 2013) un 102%.² Així mateix, els pacients receptors d'aquest fàrmac han crescut durant el mateix període d'un 113%.³ Si desglossem la despesa per tipus de fàrmacs: la despesa de l'atomoxetina s'ha incrementat un 254%,³ tot i que és un fàrmac quasi tres vegades més car que el clàssic metilfenidat. I si comparem el nombre d'envasos comprats durant aquest mateix període: els envasos d'atomoxetina han augmentat un 216%³ mentre que els de metilfenidat un 120%.³ La decidida aposta del cos

1 El dia 12 d'octubre del 2013 es va formalitzar la sol·licitud de compareixença de Josep Moya Ollé, director de l'Observatori de Salut Mental de Catalunya, davant la Comissió d'Educació i Universitats (exp. n. 356-00677708), perquè presenti l'estudi «Els problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya (TDAH i TC). Necessitats educatives que generen».

2 Memòria CatSalut 2012 taula 77 (continuació) pàgina 145.

3 Percentatge d'elaboració pròpia a partir de dades brutes facilitades en format Excel per la Regió Sanitària de Tarragona de CatSalut de la facturació realitzada per CatSalut entre l'01-2008 i el 09-2013 dels fàrmacs atomoxetina i metilfenidat segons el nombre de receptes de prescripció, l'import líquid gastat i el nombre d'usuaris registrats.

mèdic per l'atomoxetina no va sempre relacionada amb l'«evidència que aquest fàrmac millori la capacitat de resoldre problemes o la intel·ligència creativa», tal com afirma el psiquiatra Almudévar (2013-II). Aquest creixement exponencial del nombre de nens i adolescents tractats amb aquests psicofàrmacs, i la sospita d'una possible sobreutilització d'aquests tractaments a Espanya, apareix també a l'Informe tècnic sobre el cost-efectivitat de les diferents alternatives de tractament farmacològic del TDAH,⁴ realitzat per la Universitat Pompeu Fabra.

Malgrat un cert context d'incerteses (etiològiques, terapèutiques, pronòstiques), ningú qüestiona que les aportacions científiques de les neurociències estan contribuint avui en la transformació de les representacions i de les pràctiques al voltant del comportament hiperactiu o desatent dels infants, amb la implicació de tot un sistema d'actors en què professionals de la salut, docents, militants associatius, indústries farmacèutiques, societats científiques, acaben legitimant recíprocament les seves accions i les seves activitats (Jupille, 2011: 318).

Seguint els passos de la nova antropologia mèdica crítica, la finalitat última de la nostra recerca no és tant la desmedicalització de la vida social ni el qüestionament de les categories biomèdiques de la malaltia (en aquest cas de la categoria biomèdica del TDAH), sinó «la re-socialització de la ideologia i la pràctica biomèdica, allunyant-les del seu entorn clínic immediat i re-situant-les en el seu veritable context de la economia capitalista de mercat» (Singer, 1987: 262).

No hem pretès tampoc entrar en l'actual controvèrsia pública, finalment bastant pendular, entre els defensors de la interpretació del TDAH en termes de disfunció neurològica hereditària i crònica d'origen somàtic, i els partidaris de la perspectiva psicodinàmica, que «qüestiona tant el nivell de tolerància dels pares com el significat dels actes dels infants, senyalant les tensions de la dinàmica interactiva» (Dupanloup, 2004). Posicionaments, els dos, diametralment oposats però que focalitzen, tant l'un com l'altre, només els contextos individuals i privats. Lévy i Garnier (2007: 45) afirmen que «en els models utilitzats per explicar els comportaments al voltant de la malaltia i dels medicaments, les creences són sovint reduïdes a atribucions individuals, de tal manera que les dimensions socials i culturals no son quasi mai valorades». És en aquest sentit

4 Informe tècnic realitzat pel Centre de Recerca en Economia i Salut - CRES. Uni. Pompeu Fabra. Penjat a CatSalut - Proveïdors i Professionals - Medicaments i farmàcia - Farmacoeconomia - Comissió d'Avaluació econòmica i de Impacte Pressupostari (CAEIP).

que la nostra aproximació etnogràfica vol focalitzar «la dimensió vertical de l'experiència viscuda» (Douglas, 1970: 95) amb el propòsit de cercar el punt d'intersecció entre la vivència del cos biològic i la vivència del cos social. Volem superar el que Martínez (2007) denomina «fetichismo de la enfermedad», procés pel qual, segons l'autor, mentre es naturalitza el món de les afliccions i les seves formes de tractament, es nega o es dissimulen les relacions socials que produeixen aquests fenòmens. Ens adherim també a Correa i al. (2006) quan afirmen que la mirada etnogràfica «ofrece un marco de relaciones dialógicas, pues aporta tanto una desnaturalización de las presunciones de los sistemas expertos i populares como una posición liminal o intersticial, un «estar entre» como indica Gadamer (1977) para la posición del hermeneuta o intérprete, que posibilita la simetría i el diálogo entre saberes». Finalment el nostre propòsit és mitigar la incapacitat de la cultura corporativa per resoldre, com diu Comelles (2000), les contradiccions que neixen del seu fonamentalisme. Volem contrarestar, en definitiva, la manca d'autocrítica del discurs mèdic i la seva absència d'instruments analítics a fi de permetre afrontar els problemes i les contradiccions perceptibles en el seu interior (Comelles, 2000).

Centrant-nos en la nostra recerca, hem observat que una llarga trajectòria de desorientació, d'angoixa, de soledat i de culpabilitat ha propiciat que els pares d'infants amb problemes de conducta i d'inadaptació escolar acabin desitjant la formulació d'un diagnòstic biomèdic per als seus fills. Ens ha interessat veure com es construeix aquest recorregut i com l'apropiació idealitzada i quasi màgica del discurs biomèdic i de la pràctica medicalitzada associada, produeix en els pares un efecte terapèutic de contenció de l'angoixa i de la culpa. Escoltant els discursos i observant les conductes d'uns quants pares en el context de l'associació APYDA (Associació Provincial d'Hiperactivitat i Dèficit d'Atenció) de Tarragona, hem intentat desvelar algunes de les lògiques culturals subjacents en aquest grup social específic: infants amb TDAH/pares/societat.

Per tal de comprendre la trajectòria dels pares d'infants amb TDAH, atrapatats entre el sentiment de culpabilitat del prediagnòstic del seu fill i el sentiment d'alliberació del postdiagnòstic —tanmateix contradictori—, hem resituat els seus patiments en el sentit fenomenològic de Merleau-Ponty:⁵ el d'interpretar el llenguatge com a *pensantevivo en el habla*. Més concretament, hem analitzat

⁵ Citat per Lechte (2010: 54): *50 pensadores contemporáneos esenciales*.

com es viu en la nostra cultura actual, la noció de cos d'aquest infant amb «un plus d'energia» en relació amb el cos social que el defineix i el controla. També hem aprofundit en la noció del «des-ordre» que envolta aquest cos i en la construcció del procés de culpabilització que se'n deriva. També ens ha interessat qüestionar la noció de risc i de desviació associada a aquest cos en desordre culpabilitzat i etiquetat i alhora culpabilitzador. Un cop analitzat el context cultural que sosté el procés actual de medicació d'aquest infant amb TDAH, hem penetrat en el fenomen «d'encís» que el tractament farmacològic produeix en el pares i en els fills mateixos: i finalment hem emmarcat el fenomen estudiat en l'actual context social més ampli de l'ús antropotècnic dels psicoestimulants.

Aquesta recerca té una orientació qualitativa i s'emmarca en la posició teòrica de l'antropologia fenomenològica, que ens ofereix una altra manera d'entendre el fenomen dels infant diagnosticats de TDAH des de la vivència dels mateixos pares. Aquestes aproximacions etnometodològiques basades en l'escolta social, són útils, diu Correa i al. (2006), per reconquistar espais «descontaminats», en els quals l'actor social sigui comprès de forma holística a partir dels seus relats heterogenis i polisèmics, relats que condensen biografies, aficcions, representacions simbòliques i un món en «emergència permanent» (Taussig, 1995).⁶

L'univers del nostre estudi està constituït, doncs, pels pares i les mares que han acudit a l'associació APYDA de Tarragona durant el període de febrer, març, abril i maig del 2014, i que tenen un fill diagnosticat o en procés de diagnòstic de TDAH. El treball etnogràfic ha constatat de dos nivells d'intervencions. Dos dies a la setmana hem dut a terme una tasca d'observació basada en la participació en les diverses activitats organitzades per l'associació durant el període d'estudi. Hem dut a terme, en un segon nivell, un estudi de casos. A partir d'aquest univers s'ha realitzat una mostra no aleatòria, intencional i no probabilística de 10 mares de nen amb TDAH, d'edats compreses entre els 35 i 55 anys, amb fills d'edats compreses entre 5 i 22 anys: el centre d'interès d'aquesta recerca etnogràfica és, doncs, la veu de l'adult i no de l'infant adolescent amb TDAH. Els participants que voluntàriament varen acceptar participar en l'estudi foren subjectes a una entrevista semiestructurada amb una duració d'una

⁶ Citat per Correa i alii (2006): «La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales».

a dos hores. Cada entrevista fou gravada i posteriorment transcrita. Les entrevistes es van organitzar al voltant dels següents temes principals: narrativa del procés del trastorn del fill, evolució dels sentiments personals entorn d'aquest procés, grau de satisfacció del procés d'atenció sanitària rebuda, suport de l'entorn, procés de medicalització de l'infant, relació amb l'associació.

Tota la informació recollida tant amb el treball de camp com amb les entrevistes s'ha organitzat amb un sistema de categories de codificació temàtiques propi, sorgit del contingut manifest de les opinions dels informants, amb el suport informàtic del programa Weft-qda. Aquesta codificació ha estat la base dels temes que ha permès construir la dimensió interpretativa del TDAH des de la visió dels pares.

Anirem intercalant en el discurs analític les veus entrelaçades de deu dones: dones de classe mitjana, treballadores —de diferents nivells d'estudis i categories professionals—, que compatibilitzen de la millor manera que poden la seva vida laboral amb la seva vida familiar. Totes viuen amb parella —però no sempre amb el pare del seu fill— menys una, que és monoparental. Dones decidides a no deixar de lluitar pel seu fill. El tret més característic que les defineix és l'impuls vital de tirar sempre cap endavant. El seu lema: «si les neurociències representen el progrés i el futur de la humanitat, entomem aquesta via amb resolució!».

2. Procés interpretatiu

2.1 Un vas d'aigua que s'omple a poc a poc

Des del naixement fins a la primera infància, els pares observats detecten, amb una mirada atenta i amorosa vers el nen, una certa diferència en l'evolució del seu fill respecte a la norma. Crida l'atenció que la «diferència», però, és molt heterogènia. Fan referència a característiques tan divergents com: excés d'energia o lentitud excessiva, prematuritat excessiva en la parla o habilitat precoç en el maneig d'ordinadors, estat d'extrema alerta o hàbit d'abstracció total de l'entorn, manca de coordinació en la psicomotricitat o agilitat atípica. Tots coincideixen, però, en la prematuritat de l'observació.

«Jo ja ho vaig veure quan va néixer»

«Jo ja veia que la manera que mamava no era normal»

«Sempre ha tingut el problema que ja tenia»

«Vas veient que hi ha *algo*, però no és important»

Hem de matisar, no obstant això, que aquestes són avaluacions retrospectives amb un diagnòstic ja fet al moment de l'entrevista. Però, d'entrada, sembla que no ho vivien de forma anguixant. El tret diferencial de l'infant esdevé un problema quan inicia la trajectòria escolar i comença l'assenyalament per part de l'entorn: els apareixen aleshores els primers dubtes.

«Le catalogan y le ponen la etiqueta de niño maleducado, de niño malo»

«Es una niña muy cabezona»

«El problema que tenen aquestos nens és que els fiquen l'etiqueta de *tontos*..., però ella no era tonta»

«¿Sera mi hija de poco entendimiento o tendrá algún trastorno?»

«Tendrá su carácter, ¿no?»

Quan comença l'etapa escolar i el rendiment escolar del nen no respon al nivell d'aptitud esperat, s'inicia per al menor el procés d'etiquetatge. Procés entès en el sentit que proposa Blumer (1969) en què el «si mateix» obté significat amb la interacció social i des de la perspectiva del *labelling approach* (Becker, 1963: 75, citat per Bergalli, 1980) en què «la desviació no és una qualitat del acte que la persona realitza sinó una conseqüència de l'aplicació en els altres de regles i sancions» (Bergalli, 1980):

«Em van dir que... tenia problemes per aprendre»

«La maestra vio enseguida que tenía TDAH»

«Que la meva filla necessitava reforç»

«Empieza a suspender..., y decimos..., no sé qué problema tiene pero no es normal»

«La profesora dice «no lo quiere nadie porque molesta..., es muy pesado...»»

2.2 El «des-ordenat» cos de l'infant enfront de l'ordre del cos social

Els pares parlen d'un excés d'energia que no entenen. Una energia tan potent que aniquila la mare. Energia que envaeix tot l'entorn. Un actuar imprevisible que espanta. Un plus d'energia que finalment s'ha d'enfrontar a situacions conflictives:

«A la hora de succionar con el chupete hacía ese ruido de succión tan fuerte: a mi me pareció extraño»

«Es que no he podido con él, ni ir al lavabo porque él me necesita ver»

«Enredaba toda la casa..., era un caos»

«Es una niña muy inquieta..., no es capaz de estar sentada en la silla de clase»

«Me daba miedo ir a los sitios..., como se iba a comportar, que iba a decir»

«Es un niño muy movido..., es un niño que da problemas. Ya hace tres años que no le invitan a ningún cumpleaños»

Per tal d'entendre per què aquest cos d'infant «abandonat a si mateix» (Ubieto, 2013) —aquest *acting out* infantil— inquieta tant el seu entorn, haurem de plantejar un paral·lelisme entre el cos de l'infant amb TDAH i el cos social. Acudirem a Douglas (1970) quan afirma que el cos social influencia la manera de percebre el cos físic. Com ella, també farem referència al treball de Mauss sobre les tècniques corporals enteses «com les formes que tenen els homes, d'una manera tradicional, de saber utilitzar el seu cos (Mauss, 1939: 1). Douglas ampliarà aquesta teoria amb una recerca més extensa dels sistemes simbòlics. Seguint la trajectòria marcada per Lévi-Strauss, Douglas afirmarà que el control exercit per la societat en el cos humà ha de ser inserit en una anàlisi més àmplia psicosociològica dels esquemes de control social (Douglas, 1970). En el cas de l'infant amb TDAH és precisament aquest cos massa actiu, segons les normes socials establertes, que constituirà el símptoma més identificat per tot l'entorn social. Mauss va més lluny: acabarà afirmant que el cos humà és la imatge de la societat (Douglas, 1970: 94). Aquest cos humà infantil que actua de manera hiperactiva podria també ser el símptoma d'un malestar més ampli des del punt de vista social. Com diu Ubieto (2013), «el cos del nen amb TDAH és un cos que actua sense paraules però no sense

relació a l'altre». Aquesta dificultat creixent per regular «allò» que s'agita en el cos del infant ha de ser contextualitzada en el temps que estem vivint: un temps hiperactiu impregnat de la idea que «corrent sense parar, podrem evitar la pèrdua del temps» (Ubieto, 2013).

Volem recollir també la relació que manté el trastorn (*disorder*) psicopatològic del TDAH amb la noció de «des-orden», de «caos». Desordre en el comportament de l'infant. Desordre en l'àmbit familiar. Desordre en l'aula on assisteix cada dia. Les neurociències parlaran també d'un «desordre biològic» (Brewis, Schmidt i Meyer, 2001, citats per Leavy, P., 2013). Nosaltres evidenciem altres significats.

Douglas (1966) ens demostra que les nostres relacions amb la brutícia i el desordre són fonamentalment simbòliques, tant si parlem de societats primitives com de societats avançades. Acaba conclouent que el nostre comportament al voltant de la contaminació (al voltant d'allò brut o desordenat) respon a la nostra necessitat de condemnar qualsevol objecte, idea o persona que pugui amenaçar el nostre endreçat món de classificacions. Com diu de forma senzilla Douglas (1966), el desordre «és quelcom que no és al seu lloc». En relació amb el TDAH la dificultat està a definir aquest «quelcom» i trobar un nou sentit a «aquest lloc que no és el seu lloc».

Bedin i Fournier (2009) ens recorden que la base de la reflexió de Douglas està sustentada per un tríptic conceptual: «l'ordre, la forma i l'estructura s'oposen al desordre, a l'absència de forma i als marges». La contaminació associada al desordre i als marges representaria, doncs, un perill per a l'ordre social. És en aquest context que Bedin i Fournier (2009) afirmen que «la contaminació és una metàfora invertida de l'organització social i política... i desvela aquelles forces destructives internes» que la societat i els poders no poden controlar. L'infant amb TDAH simbolitzaria aquest »desordre» que ningú vol veure i que tothom vol controlar.

2.3 Al voltant del caos, el buit

Els discursos dels pares transmeten, però, una gran contradicció. D'una banda expressen el pes d'una pressió que recau tant sobre ells com sobre el seu fill. I, de l'altra, senten un gran buit social al seu voltant. No troben respostes, no troben solucions, no troben suport:

«Nos sentimos perdidos, nadie nos aclara nada; los profesionales se descontradicen»

«A l'escola em deien que el nen era un dimoni... i jo intentava dir que al nen li passava *algo* i que era diferent però no em feien cas»

«Com tots, hem hagut de fer un recorregut interminable sense aclarir res durant anys»

«Los momentos estos de descontrol que tenía, de rabia..., no sabía yo, no sabía qué hacer» [expressió repetida deu vegades en una hora d'entrevista]

«Jo em vaig trobar amb un buit»

És la pressió «d'una societat que necessita introduir elements simbòlics caços d'explicar els perills que ens amenacen» (Bedin i Fournier, 2009). I avui més que mai. Tal com afirma Delgado (1997), les persones intensifiquen la seva atenció coercitiva i punitiva en els cossos —en el nostre cas en els cossos del nen amb TDAH— quan senten que l'estructura de la societat que l'envolta esdevé dèbil i vulnerable. Girard (1982) també afirma que, enfrontats a una realitat social en crisi, els homes se senten impotents. La immensitat del caos social els desestabilitza i s'acaben convenent que un petit nombre d'individus pot esdevenir nociu per a la societat i, en conseqüència, acorden, inconscientment, que se l'ha de «perseguir». És l'acusació estereotipada, mitjançant la designació d'un «boc expiatori», la que autoritzarà i facilitarà aquesta distorsió persecutòria i la que assumirà la funció de mediació i preservació de l'equilibri del grup social: l'acusació estereotipada servirà de pont entre la petitesa de l'individu i l'enormitat del cos social.

Girard continua dient que les víctimes formen part de certes categories particularment exposades a la persecució: els dèbils i els exclosos. Perfil que s'adequa a les característiques d'aquests nens que exhibeixen «una forma contemporània i diferent de respondre amb el seu cos a la presència del altre» (Ubieto, 2013). Primer perquè son nens, i la infància adquireix, diu Leavy (2013), una sèrie de significats com la mal-leabilitat que deriva de la seva capacitat per ser modelat o la debilitat que justifica la seva tutela. I segon, perquè el nen amb TDAH és, a més, un nen «desviat». Desviat en el sentit que no compleix amb l'imaginari de mare, pare, docents i psicopedagogs sobre «adaptació social», «èxit» i «rendiment» (Faraone, 2008).

Aquesta «persecució» es tradueix, però, en el cas de la infància amb TDAH, en pressió silenciosa: un «buit dens» envolta el nen i les seves famílies. L'etiquetatge del nen amb TDAH i de la seva família com a «boc expiatori» és construït silenciosament: d'aquí radica la seva potència. Els pares expressen aquest buit, aquest malestar indefinit sense nom amb aquestes paraules:

«A mi NADIE me ha dicho que mi hijo tiene un problema NADIE, NADIE...»

«No piensas que realmente vaya a tener «ESO»»

«No acabava de veure que... no avances cap a CAP lloc»

«Cuando me enteré que tenía el «ESO»...»

«Cuando ves que es «ALGO»... Es que yo decía «tiene que ser ALGO»»

«Él sabe que LO tiene pero yo no he querido hacerle ver cómo que es un problema»

«El TDAH es ALGO que no se puede ver»

2.4 Del desemparament a la culpa

El desemparament dels pares —aquest «no saber on havia d'anar exactament»— es tradueix en «una continua lluita, una batalla... tuja... interior... como madre». El sentiment més comú a tots els pares és, però, la culpa: «y piensas... mi hijo está así por mí, por como estoy yo con él». Tots pensen que estan fent les coses malament. Assumeixen com a pròpies les acusacions de l'entorn referent que el seu fill està mal educat, no té «límits».

Si analitzem ara la relació existent entre desgràcies i culpa, recordarem que les informacions etnogràfiques han evidenciat que en la majoria de les societats, l'origen simbòlic de la desgràcia té dues causes: o és fruit de l'agressió de tercers o és la conseqüència d'una transgressió a determinada prohibició ritual o tabú. En les societats primitives les desgràcies personals o col·lectives s'atribueixen, doncs, a causes quasi sempre totalment o parcialment morals.

Evans-Pritchard (1937) en la seva anàlisi de les interpretacions de l'infortuni dels Azande, afirma també que la màgia representa l'equivalent d'una teoria de la desgràcia. Per aquell grup ètnic, la màgia té la funció d'explicar allò

contingent, accidental, incompreensible, relacionant un esdeveniment insòlit a una causa mística. En aquesta mateixa línia, Delgado (1997) afirma que hem d'abandonar la presumpció segons la qual les prohibicions sagrades són alienes a les societats urbanoindustrials. La lògica que relaciona desviació i desordre amb impuresa i, en conseqüència, amb risc, continua, diu Delgado, actuant a la nostra pròpia societat. Els dispositius de culpabilització moral continuen actius i operen mitjançant mecanismes semblants als existents en les societats primitives. Conclou, així, que qualsevol societat explica en termes de culpabilitat les malalties, els accidents, les morts, i estableix un sistema socialment predefinit de distribució de la culpa. Qui s'allunyi, continua dient, voluntàriament o involuntàriament més enllà del territori socialment permès o aconsellat, estarà a la punta de mira de la societat per tal de convèncer-lo, tot i utilitzant la dimensió simbòlica de l'adversitat, d'abandonar el camí de la desviació.

Aquest buit acusador al voltant de l'infant amb TDAH i del seu entorn i també la potència del discurs biomèdic que posteriorment s'hi associa, evidencia la densitat de la trama simbòlica que sosté aquest problema de psicopatologia infantil.

Densitat justificada també pel grau d'interiorització d'aquesta culpa per part tant dels pares com del mateix infant. En el context de la teràpia familiar sistèmica s'observa que per tal de mantenir l'homeòstasi familiar, els membres de la família en tractament han necessitat senyalitzar un dels seus familiars com a «boc expiatori» i que aquest ha acabat assumint com a propi un malestar o conflicte que en realitat pertanyia a l'àmbit relacional familiar. En el cas dels pares d'infants amb TDAH, també la culpa és assumida com a pròpia:

Ya no es que el resto te haga sentir culpable... Es por ti misma que te sientes culpable, porque desde el momento que ves que no eres capaz de calmar a tu hijo cuando es un bebé..., cuando ves que no eres capaz de controlar lo que dice y a quién se lo dice y de la manera que lo dice y cu... Es que ya... tu misma... tu misma

Així també per part del nen. Una mare ens explica que el seu fill, després d'una situació de desbordament, elabora per a la seva mare, un cop tranquil·litzat, un pòster amb dibuixos creatius, però on la majoria del text escrit era la repetició del següent missatge: «soy un niño estúpido, no valgo nada, no merezco una madre como tu» (notes del diari de camp).

2.5 El risc de la desviació enfront del procés de medicalització del TDAH

Establirem ara la relació del TDAH amb la noció de risc. La consciència de risc no és, diu Beck (1998), una consciència ni tradicional ni laica, sinó una «consciència essencialment orientada i determinada per la ciència». Però la noció de risc és a la vegada també un procés reversible. Aquesta característica ens sembla especialment interessant per a la nostra anàlisi. Reprenem ara la noció de desordre, de caos. Beck (1998) ens diu que en aquest principi de segle la pressió d'«amenaces globals» no pressuposen forçosament la presa de consciència del perill sinó, a cops, fins i tot, pot aparèixer la negació de la por. L'autor, però, va més lluny: aquesta negació de la por pot transformar-se en «conducta transferida». El perill latent degut al desordre/caos actual des del punt de vista mundial podria, diu l'autor, ser negat i transferit a altres objectes de risc. La conducta desordenada de l'infant amb TDAH podria ser un d'aquests objectes. Aquests infants diferents presenten un risc: el risc de la desviació. Al voltant dels comportaments d'aquests infants «encarnats de característiques simultàniament angèliques i demoníques» (Dupanloup, 2004) es van construir unes imatges culturals que «delimitaran la norma més enllà de la qual creixerà l'amenaça de la segregació i del estigma» (Romaní, 1992).

En els discursos dels pares crida l'atenció el contrast entre la normalització de la descripció que fan del seu fill i el malestar social que sent el nen. Tots els pares coincideixen a definir el seu fill com un infant normal amb característiques pròpies:

«Es muy extravertido, muy observador..., especial, muy simpático y extremadamente sensible... Se anticipa a las cosas»

«És molt lenta, més lenta que els altres nens però res més..., i més tímida també..., tenen un caràcter, és clar»

«Muy espabilado..., muy activo»

«Es muy impulsivo pero no es agresivo... Y ese pequeño déficit de atención que tiene...»

«Té un ingeni..., és molt ràpida de pensament i de d'allò... però molt lenta d'expressar... Tot el que sigui efecte immediat ho fa perfecte»

«Es cabezona..., muy imaginativa..., va a su rollo..., le cuesta mucho concentrarse..., tiene esos cambios como digo yo..., de un lado a otro... Es anàrquica»

«Es dispersa..., es muuuuy activa y muuuuy movida... Él [el pare] lo veía como normal..., que es una niña normal que le gusta jugar, que es muy engrescada y no para quieta. Él lo veía absolutamente normal»

El nens però, pateixen: els pesa un estigma que no acaben d'entendre.

«Soy raro..., soy diferente..., no quieren estar conmigo: un día uno es amigo mío, el otro ya no lo es»

«Claro..., no me entienden»

«I això li creava molts problemes d'inseguretats i d'autoestima»

«Em comença a preocupar la raó que me pregunta ella si es especial?»

«Mama, es que soy tonto y no valgo para nada»

Tenim finalment un exemple clar del procés de subjectivació dels problemes tal com el va analitzar Foucault (1999): les concepcions subjectives de les persones respecte de si mateixes són el resultat, diu, de la introjecció de relacions de poder a les quals la persona està sotmesa. Aquest «biopoder» identificat per Foucault es farà càrrec del malestar d'aquest infant, controlant els seus cos massa actiu o massa poc atent i determinant-ne la construcció de la identitat.

Tot aquest context propicia finalment que infants, docents i pares estiguin preparats per viure «els canvis en les definicions i les pràctiques que se'n deriven de la medicalització de la desviació i dels comportaments pertorbadors del infant amb TDAH» (Conrad i Schneider, 1981). Uns dels tòpics de la medicalització de la desviació ha estat, diuen, el diagnòstic i el tractament amb psicofàrmacs d'un problema de conducta disruptiva d'infants en l'àmbit escolar: els infants amb hiperactivitat. Avui, però, en el diagnòstic del TDAH s'hi inclou, junt amb la hiperactivitat, el dèficit d'atenció, i s'amplia considerablement la franja de població infantil atrapada en aquest procés de medicalització.

Seguint la línia de Foucault quant al control dels cossos i a la manera com la medicina ha esdevingut la disciplina d'allò normal i d'allò patològic, Rabinow (1996) explica com «la racionalitat moderna obliga els cossos a ser reformats» (Désalliers, 2009: 49). En el cas del nen amb TDAH la manera original que té

d'entomar el món ha de ser modificada i estandarditzada mitjançant del procés de medicació. Vega (2007) afirma que amb el trastorn del TDAH el biopoder ha aconseguit utilitzar el més afinat dels mètodes: ja no cal, diu, excloure el que és diferent, «sols és necessari aniquilar la seva diferència». Es tracta, diu l'autor, de la «normalització inclusiva» o millor encara «l'autonormalització».

Hem d'emmarcar també aquest control dels cossos en el nou context d'expansió de les neurociències que va conquistant progressivament, segons Rose i Abi-Rached (2013),⁷ el territori «psi» i configurant noves formes de govern (*governing through the brain*). Més contendents, encara, són Ortega i Vidal (2011) quan analitzen l'emergència de les neurocultures. A partir de la premissa que la conducta de la humanitat és plenament governada per l'estructura i el funcionament del cervell, les neurocultures acaben envaint i transformant, diuen, totes les àrees de l'activitat humana. Vidal (2009) fins i tot ha encunyat el terme *brainhood* («cervell-itat» oposat a «persona-litat») per designar el procés imposat a l'individu perquè esdevingui un «subjecte cerebral» (Ehreberg 2004, 2008). La «cervellitit» seria, diu Vidal, la qualitat de l'ésser humà per SER cervell i no només TENIR-LO (Ortega i Vidal, 2007). El cervell es converteix, a partir d'ara, en un actor social.

2.6 Construcció, desconstrucció i reconstrucció de la identitat del nen diagnosticat de TDAH

Abordem en aquest context cultural de «cervellitització» de la subjectivitat, el procés de construcció de la identitat d'aquests nens. Quan un infant de set anys, a qui s'acaba de diagnosticar un TDAH, pregunta a la seva mare, en sortir de la consulta del psiquiatra: «mama, a partir d'ara ja no seré *tonto*?», ens comunica molts sentiments que haurem d'escoltar. Aquestes poques paraules tenen, com defineix Wikan, la «força irresistible dels significats encarnats» (DiGiacomo, 2013: 40).

Seguint la fenomenologia de MerleauPonty, analitzarem a partir de les paraules d'aquest nen «*echado en el mundo*» (Good, 1994) com viu la transformació de passar de ser un nen etiquetat com a caòtic o desviat a ser un pacient medicalitzat, amb importants canvis en el seu cos, en la seva ment i en la relació amb els altres. Csordas (1990), proposant el concepte de «personificació» com a categoria analítica, ens invita a explorar no solament el modelatge cognitiu de

l'experiència d'aquest nen diagnosticat i medicalitzat sinó també les vivències del seu cos sensible. Haurem de saber recollir aquest pas, aquest lloc d'intersecció entre la vivència d'una dificultat creixent per regular «allò» que s'agitava en el seu cos d'infant, i la seva transformació, un cop pres el psicofàrmac, en un cos i un ésser d'una lentitud i una concentració fins ara desconegudes. Hem de recollir, doncs, l'experiència viscuda de forma «encarnada» per aquest nen amb TDAH, en què el component corporal esdevé realment »un autèntic camp de la cultura, un lloc irremeiable d'intersecció del ordre individual i psicològic i de l'ordre social... un dels principals espais de contradicció social»⁷ (Esteban, 2004: 21-23).

El comportament inadequat d'aquests infants amb dèficit d'atenció o hiperactius ha estat categoritzat com a trastorn psicopatològic de la infància perquè, com diu Martínez (2013: 201), és un símptoma que «no debe ser escuchado... ya que vulnera la lógica del sentido común en su aceptación geertziana de naturalización del orden de convenciones culturales». Seguirem, doncs, a Martínez (2013: 217) —ell referint-se al pacient psicòtic; nosaltres, a l'infant amb TDAH— quan proposa «dar espacio al relato: para no facilitar el énfasis del *management* frente a la narrativa, de la nosología frente a la experiencia, de la identificación burocrática sobre la identidad vivida».

L'expressió en futur pronunciada per aquest infant de set anys «ja no seré *tonto*» ens parla d'un present i d'un passat. Fins a aquell moment i durant tota la seva curta trajectòria de vida, el seu entorn li havia retornat la identitat «d'un nen *tonto*», identitat que ell ja havia integrat. En veurés diferent i contínuament comparat amb uns altres suposadament normals i en no trobar espills on poder emmirallar-se i créixer, no va tenir més alternativa que identificar-se amb la categoria majoritàriament consensuada pel seu entorn social: un nen *tonto*. Però la pregunta dirigida a la mare també traspua sorpresa i interrogant: «fins ara, era una cosa i ara seré una altra?». La identitat es construeix a poc a poc i malgrat que no ens agradi del tot, és la nostra identitat i la tenim adherida a la pell. Haver de renunciar a la seva identitat és, sens dubte, una experiència vertiginosa. Ahora hi escoltem, tanmateix, esperança: «potser a partir d'ara desapareixerà el meu patiment». El patiment de no tenir lloc en aquest món,

⁷ Expressió prestada a Robert Connell per Esteban (2004: 26): *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*.

el patiment de la mare que pateix, el patiment de «voler i no poder». Però finalment intueix un llarg camí d'incerteses. Ell sap que ha de prendre una medicació que l'ajudarà a pensar, a estar quiet, a tenir millors resultats escolars, a ser millor persona i a ser suposadament, més intel·ligent. Però el pas de transformar-se en un altra persona no és un empresa fàcil, ans al contrari. L'objectiu de millorar en un determinat itinerari d'inserció social serà per ell, sense dubte, d'un gran al·licient, però la construcció de la identitat és un procés molt més complex. A més, s'haurà d'acostumar a la intermitència de les transformacions del seu «self» en funció de la durabilitat de l'efecte farmacològic: tasca colossal per un infant en procés de construcció de la identitat. El mateix diagnòstic, però, acabarà adquirint per ell un estatus identitari tal com verbalitzen els nens: la hiperactivitat no és quelcom que hom té (com el càncer o la sida) sinó quelcom que hom és: «sóc un TDAH».

És una identitat incerta en un cos massa actiu per a una «medicina sense cos». Sicard (2007) afirma que la tendència creixent de la medicina contemporània és la de reduir el cos a paràmetres quantificables i la de rebutjar el cos percebut pel mateix pacient. De forma paradoxal, diu l'autor, la medicina ignora aquest cos però a la vegada intervé massivament en el que podríem denominar «la fabricació de l'home». El «cos relegat» donarà pas al «cos construït».

El cos del nen amb TDAH tampoc és escoltat: és negat i reconstruït en la «pròtesi» d'un altre infant. Una nova construcció tant irreal com desencarnada. Si tal com proposa Sicard (2007), tres característiques antropològiques defineixen l'ésser humà amb relació a l'existència —la seva manera d'habitar el seu cos, la seva relació amb el temps i el vincle que estableix amb l'altre—, en el cas dels nens amb TDAH l'abordatge biomèdic no respecta cap d'aquests elements bàsics d'identitat.

2.7 Poder desculpabilitzador del diagnòstic de TDAH

Tot aquest llarg recorregut d'anys de patiment necessita, sense dubte, una resposta. I una resposta convincent i socialment potent. I és així com una mare ens transmet el seu estat emocional, amb llàgrimes als ulls i la veu entretallada, del dia que va sortir de la visita d'una neuropediatra que acabava de diagnosticar al seu fill una TDAH: «Aquell dia va ser increïble, increïble!». (Notes del diari de camp).

Aquesta mateixa mare, dies més tard, intenta posar paraules a aquella emoció que ens havia expressat dies anteriors:

Es que después de sentir siempre, pues, que es un mal educado o que es un niño que se porta mal, un niño que no respeta, un niño malo, bueno, después de sentir todo lo que tienes de sentir..., pues claro, es importante que haya un profesional que te diga «no, tu no lo has hecho tan mal».

Jupille (2011) afirma —arran d'un estudi etnogràfic amb una associació de pares d'infants amb TDAH— que el diagnòstic de TDAH constitueix la possibilitat pels pares d'atribuir un origen orgànic a les dificultats dels seus infants i donar l'oportunitat d'explicar d'un altra manera les tensions viscudes, alhora que aconseguix un reconeixement mèdic i social. Així també ho expressen les mares estudiades:

«Cuando ya vas entendiendo cómo es el trastorno, qué es lo que lo crea..., pues, ya el sentimiento de culpa va desapareciendo»

«Me sentí aliviada, superaliviada porque antes de saber el diagnóstico yo estaba angustiada sin saber lo que tenía»

L'anhel de sortir d'aquesta situació de patiment és tan evident que fins i tot els pares poden arribar a desitjar que es formulï per al seu fill un diagnòstic de TDAH:

«Si me dicen [l'equip de salut mental infantil i juvenil] que mi hija no tiene TDAH, a mí me desubican totalmente»

«Ojalá haya un problema con el niño porque no sabemos lo que esta pasando»

Per acabar d'entendre la profunditat de l'efecte balsàmic en els pares del dictamen mèdic de TDAH del seu fill pertorbador o inatent, haurem de mesurar l'impacte real dels modes de producció del discurs biocientífic que envolta aquesta nova categoria neuropsiquiatria. Escoltem, primer, l'adhesió dels pares a aquest discurs biomèdic:

«Me ha llegado a decir X...: «el TDAH no existe», y yo le digo: métete en sitios que científicamente... que te demuestren científicamente... algo real..., algo de verdad. Es que no me invento nada... no estamos todos locos... es que detrás de mi han venido otros que saben»

«Desde que estoy en la asociación me doy cuenta de todos los avances. Antes no era consciente pero ahora... Que si congresos, que si convenciones»

Seguirem l'anàlisi realitzada pel neurobiòleg Gonon (2011) entorn del fenomen anomenat «bombolla genòmica» (Evans *et alii*, 2011). La «bombolla genòmica» seria identificada com el motor de la inflació actual de les promeses irrealistes en la literatura científica referent als determinants genètics de les malalties neuropatològiques i psiquiàtriques.

La classificació de les malalties mentals proposades per l'American Psychiatric Association (APA) en el DMS-3 del 1980 (en què va ser inclòs per primera vegada el diagnòstic de trastorn de dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat) va representar aleshores, diu l'autor, un avenç en la seva voluntat de millorar la fiabilitat i la validesa dels diagnòstics. Més de trenta anys més tard, l'esperança ha estat substituïda pel dubte i només ha servit que la psiquiatria americana tendeixi a imposar a la resta del món la seva concepció estretament neurobiològica de les malalties mentals. En aquest esquema també s'hi inclou el TDAH: en els anys 1990 els estudis inicials sobre anomalies genètiques relacionades amb el trastorn del TDAH semblava que aportaven resultats esperançadors però finalment actualment, no han estat confirmats, ans al contrari. Tal com afirma Sonuga-Barde (2010: 114), citat per Gonon (2011) —un dels líders de la pedopsiquiatria anglesa—, «fins i tots els defensors més acèrrims de les visions genètiques deterministes reconsideren avui les seves concepcions i accepten un rol central de l'entorn en el desenvolupament dels trastorns mentals».

La «bombolla genòmica» elabora, diu Gonon, un discurs abusiu per tal d'impactar el públic i obtenir-ne unes determinades conseqüències socials. Arran d'una anàlisi de la literatura entorn a la neurobiologia del TDAH (Gonon, Bezaud i Boraud, 2011), s'ha detectat una distància considerable entre les observacions neurobiològiques i les conclusions abusives difoses pels mitjans de comunicació de masses. Els autors ens demostren com uns determinats missatges científics arriben deformats al mitjans de comunicació. Evidencien, entre altres observacions, com una conclusió científica forta és afirmada al resum de l'article, tot i obviant les dades que relativitzen l'abast de la conclusió. Concretament en el tema que ens ocupa, el 80% dels resums científics en què s'esmenta una associació significativa entre el TDAH i l'alteració del gen receptor adopamina D4, s'afirma que el 23% dels infants amb TDAH són portadors del *alelo*

de *DRD4 7R* però s'omet que el 17% de nens sans també en són portadors. No és estrany, doncs, diu Gonon, que en molts textos dirigits al públic en general, el *gen receptor D4* sigui presentat com el marcador biològic del TDAH. Són finalment aquestes informacions científiques esbiaixades les que sostenen l'adhesió social al discurs biomèdic per part dels pares afectats.

El TDAH concebut com un «des-ordre» neurològic amb un origen genètic com a causa principal pressuposa una forta càrrega hereditària en la seva etiologia. Característica que els pares de l'estudi també confirmen. La majoria identifica el TDAH del seu fill amb les característiques de comportament o del pare o de la mare de la criatura. Malgrat la forta pressió mediàtica al voltant de la transmissió genètica del TDAH, Gonon (2011) matisa que una heretabilitat elevada no implica necessàriament una causa genètica, ja que els estudis de heretabilitat no poden diferenciar entre efectes purs dels gens o interaccions entre gens i ambient. L'autor afirma que l'ADN programa la síntesi de les proteïnes, però la intensitat d'aquesta transmissió d'informació genètica està, diu, influenciada per nombrosos factors ambientals. Pensa que amb els futurs estudis epigenètics s'ampliarà l'actual lectura reduccionista de l'activitat genètica i es demostrarà com els factors ambientals també poden ocasionar modificacions de l'activitat dels gens de forma profunda, perdurable i transmissible a la següent generació. Aquest nou eix de recerca de la psiquiatria biològica possibilitarà, diu, un canvi de paradigma que pugui donar compte de la complexitat i del caràcter multifactorial de les trastorns mentals, inclòs el TDAH.

I finalment apuntem un últim element que podria potenciar l'adhesió dels subjectes estudiats al discurs biomèdic: la lògica de la negació de Beck. A la lògica de l'apropiació material del mercantilisme de la societat burgesa, s'hi afegeix, segons Beck, la lògica de la negació per part de la societat moderna. Els grups privilegiats amaguen, mitjançant el periodisme o la ciència, informació respecte als riscos o minimitzen els danys col·laterals produïts pel hiperconsum (Korstanje, 2010). En el nostre cas, la biomedicina minimitza els riscos de la medicació dels infants a llarg termini, i afavoreix els mecanismes d'acceptació per part dels pares de l'itinerari de medicació dels seus fills.

2.8 Del tractament farmacològic a la metamorfosi

El diagnòstic de TDAH va associat en el 88% dels casos a l'aplicació d'un tractament amb psicofàrmacs (Taylor Nelson, 2002). Ens interessarà estudiar aquest fàrmac com a objecte social i cultural i esbrinar-ne els mecanismes d'interrelació amb el sentiment de desculpabilització del pares. El medicament, lluny de ser un simple objecte material per ingerir, és àmpliament reconegut com un objecte social que porta una càrrega important de produccions simbòliques (Garnier, 2009).

Per a la nostra anàlisi seguirem Van Der Geest i White (2003), que han investigat les causes de l'entusiasme que provoquen els medicaments en l'àmbit mundial. De les opinions recollides a pacients i altres consumidors han conclòs i definit cinc esferes de la popularitat dels medicaments: l'experiència pràctica, la «tangibilitat», l'intercanvi simbòlic i els seu potencial *empowerment*.

L'experiència pràctica seria l'esfera que correspon al sentit comú: els medicaments ens enganxen perquè funcionen. L'efecte miraculós de la pastilla psicotròpica un cop administrada és evident: l'infant caòtic esteve dòcil i controlable.

Es que... desde el primer día que le empezamos a dar..., o sea, ¿CÓMO EXPLICARLO? ... es como que en la cabeza del niño..., lo ves..., es caos que tiene el niño en el interior..., y es tomar la medicación y de repente: lo ves sereno, sensato ¿no?.. Pues te habla de una manera más coordinada, más lógica... ¡Diosmío!, ¡si llegara a conocerlo antes! Si llego a saber el efecto que tiene en el niño..., ¿sabes lo que te quiero decir?, fue increíble... fue decir Dios mío..., pero esto qué es?... Qué fuerte...qué fuerte...si, de verdad, y además que él se daba cuenta

Arran d'un estudi realitzat a Laval (Quebec) al voltant del TDAH, Lévy i Garnier (2007) observen també un consens quant a l'efecte del medicament en els infants: «la majoria dels participants han detectat un efecte tranquil·litzador relacionat amb la presa de psicoestimulants». Tot i que els investigadors també observen que quan apareixen efectes col·laterals, com és l'agitació psicomotor després d'un oblit d'una dosi o amb la proximitat de la presa de la següent dosi, els participants ho associen al trastorn mateix del TDAH i no a l'abstinència del medicament en si. Els pares del present estudi també:

Els qui diuen que el meu fill no té res i que pren medicació perquè jo vull, els invito a venir a casa meva quan es desperta el meu fill: vull que vegin *el antes* i el després de la medicació

Els pares confiats en el discurs biomèdic no qüestionen els arguments exposats pels metges especialistes en salut mental:

Al principio era muy reacia a darle medicación... pero la psiquiatra me explico cómo era el Rubifen, que solo duraba de 4 a 6 horas, que se eliminaba con el pipi, que no quedan restos ni residuos y tal. Entonces dije: pues ¡ya está!

La *tangibilitat* del medicament fa referència segons Van Der Geest i White al fet que és una substància concreta que pot ser engolida i aplicada a una part precisa del cos amb una finalitat determinada. En el nostre cas el metilfenidat i la atomoxetina s'administren per millorar la interconnexió entre les diferents estructures cerebrals. D'alguna manera, aquest psicofàrmac ajudarà el nen a captar la seva experiència subjectiva —estar hiperactiu o desatent— i a transformar-la en experiència més objectiva. Recordem l'expressió de la mare esmentada: «si, de verdad..., es increíble y además que él se daba cuenta».

El fàrmac referit també serveix per confirmar el diagnòstic del TDAH alhora que explica de quina manera pot solucionar el problema: compensarà la disminució de dopamina i de noradrenalina causades pel dèficit. El poder simbòlic del fàrmac radica, doncs, com diuen Van Der Geest i White, «en el fet que ajuda als pacients (i al seus familiars) a detectar i comprendre intel·lectualment la malaltia i les seves causes, tot i legitimant-la». Els autors continuen dient que el medicament presenta «una qualitat curativa intrínseca (a causa de la seva eficàcia concreta) i en conseqüència té una tendència natural a atreure els pacients».

L'*intercanvi simbòlic* del medicament fa referència a la seva capacitat per poder facilitar, construir i reforçar les relacions socials en l'encontre metge i pacient. Nichter i Nordstrom (1989), citats per Van der Geest, S. i White, S. R. (2003), afirmen que els efectes positius del medicament depenen finalment de la persona que el prescriu: «els medicaments estan impregnats de les qualitats i les intencions de qui els dona». I així ho expressen els pares de l'estudi:

«Vaig anar a la doctora X..., que me vaig informar i que es la millor... I si la doctora X... em diu que li dongui, li dono i vec que no li fa mal. Jo la nena la vec bé»

«Entonces ella me lo recomendó porque su marido es de Sanitas y hace seguros y todo el rollo y preguntando y eso le dijeron que era uno de los mejores que había»

«Bueno, aita (mi madre es vasca y le llamamos aita), digo aita, por favor, he estado todo el rato investigando, he ido a los médicos apropiados y me han dicho esto: ahora voy a dudar de lo que tiene la niña?»

Així doncs, la prescripció del medicament és la materialitat de la interrelació entre el metge i el pacient i l'aval de confiança que atorga el pacient al metge.

L'*empowerment* que finalment Van Der Geest i White (2003) assignen al medicament fa referència a la percepció subjectiva del pacient i del seu entorn més proper: el fet de ser utilitzat individualment i en privat permet al pacient, segons els autors, fer-se càrrec de la seva autocura tot i tenir la il·lusió d'un poder individual. Així expressen el pares la seva privacitat:

«No ho he dit a ningú, que té TDAH, ni que vagi medicada..., ni ho he dit a ningú de la colla [de castellers] tampoc»

«Cada uno lo tiene en secreto»

2.9 Desculpabilització dels pares en un context social d'ús antropotècnic dels psicoestimulants

En aquest mateixa línia argumental en què els pares són alhora actors autònoms i productes modulats, hem de fer referència al paradigma actual de l'antropotècnica que legitima les pràctiques de psicoestimulació en població sana. Goffette (2008: 96) proposa definir l'antropotècnica com «l'art o la tècnica de transformació extramèdic de l'ésser humà mitjançant intervencions en el cos». Aquestes «tècniques de modificació de l'home» aspiren no a curar sinó a millorar l'ésser humà: és una pràctica d'*enhancement* (Rothmen i Rotman, 2003). L'expressió *human enhancement* designaria un conjunt d'accions per augmentar les potencialitats del cos humà: la millora de les capacitats humanes, la millora de la naturalesa humana i la millora del self (Batemani Gayon, 2012). Moguts per la inquietud i la febre de la *performance*: seduïts per l'eficàcia tecnobiològica i atrets pel poder de metamorfosi de la ciència (Goffette, 2008:106-116), l'ésser humà estaria instal·lant la seva identitat en un estat transitori, entre tècnic i irreal, amb repercussions inqüestionables en termes de salut i d'ètica. Aquest canvi de paradigma, en què passem del concepte de «condició humana fixa» al paradigma de la «humanitat modelable» (Goffette, 2006b: 153), obre un camp infinit que legitima, entre altres, la medicació de la infància amb psicoestimulants.

lants: els pares estudiats semblen també captivats per aquest «somni occidental d'accés a una identitat millorada»:

«Que voy a esperar... a que fracase escolarmente?»

«Queríamos, pues eso..., que no fuera perdida... y que, evidentemente, llegue igual que el nivel de los otros niños, pues que ella fuera lo mismo.»

«Portarse bien es hacer las tareas del colegio y hacerlas bien»

«Si no la medico, no será capaz el día de mañana de hacer nada y, claro, tampoco es plan, que futuro le espera»

«Él no verbaliza que con la medicación ya puede, pero tú le notas esa satisfacción, ese regocijo interior»

3. Conclusió

En aquest treball hem volgut qüestionar, en el nostre actual context de neurocultures, la quimera epistemològica al voltant del «cervell social» que pretén entendre els desordres mentals i els comportaments socials només en termes d'activitat cerebral. En aquest sentit, hem intentat reintroduir la sociabilitat negada i els aspectes sociopolítics i econòmics que participen, en el nostre cas concret, en la definició i construcció del trastorn de hiperactivitat i dèficit d'atenció.

Aprofitant un escenari local i mitjançant un estudi de casos, hem volgut analitzar la influència de les idees neurocientífiques no solament en la percepció del TDAH per part dels pares dels infants diagnosticats, sinó també en la gestió i resolució del problema dels seu fill. Hem volgut contrarestar la tesi de la identitat cervell-cos retornant la corporeïtat i les vivències en primera persona als subjectes atrapats pel reduccionisme ment-cervell dels nous neurosabers.

Hem visualitzat amb la nostra etnografia una trama simbòlica complexa al voltant del nen amb TDAH. Aquest nen manejable i desviat podria representar, mitjançant el mecanisme de l'organització social invertida, un xai expiatori que en silenci compleixi una doble funció social. La de ser un objecte de càstig pel desordre/caos d'una societat hiperactiva. I la de ser objecte de negació transferida d'un risc social global. Cos hiperactiu que, per tant, cal controlar. Realitat, però, no percebuda pels pares. Ells pensen de forma diametralment oposada que el discurs reduccionista de la neurobiologia representa un bàlsam

a tot el patiment associat a la vivència de tenir un fill diagnosticat de TDAH. Per ells, pensar que el desordre químic de l'infant recuperarà el seu equilibri amb intervencions bioquímiques es una via il·limitada d'esperança. Diagnòstic bioquímic que acabarà adquirint per a l'infant un estatus identitari: acabarà esdevenint la «pròtesi» d'un altre «self». La metamorfosi adquirida pels psico-fàrmacs quedarà a més plenament legitimada pel actual paradigma de la humanitat modelable i de la antropotècnica.

Però, finalment, tal com afirma Ehrenberg (2015), hem de considerar que les mateixes neurociències formen part de l'àmbit social i, per tant, també estan sotmeses a la seva influència i que, d'altra banda, el cos social és un objecte de governabilitat però també un subjecte de governabilitat (Fassin 2004). Tenint en compte, doncs, la nova concepció neuromolecular, plàstica i social del cervell proposada per Rose i Abi-Rached (2013), haurem de continuar investigant la possible emergència d'una nova forma de ciutadania biològica (Kaufmann 2007).

Bibliografia

- ALMUDÉVAR, M. (2013): «Trastorno del Déficit de Atención. Un repaso», *postPsiquiatria*, viernes 27 de septiembre de 2013.
- BATEMAN, S., i GAYON, J. (2012): «L'amélioration humaine: trois usages, trois enjeux», in *Médecine/Sciences*, n. 10, vol. 28 (), 887-891. DOI: 10.1051/medsci/20122810019.
- BECK, U. (1998): *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- BEDIN, V. i FOURNIER, M. (dir.) (2009): «Mary Douglas», *La Bibliothèque idéale des Sciences Humaines*, Editions Sciences humaines. [En línia: <www.cairn.info/la-bibliotheque-ideale-des-sciences-humaines-article-118.htm>].
- BLUMER, H. (1969): *Symbolic Interactionism*. New Jersey, Englewood Cliffs. Citat per BERGALLI, R. (1980): «Origen de las teorías de la reacción social», *Papers: Revista de Sociología*, 13.
- COMELLES, J.M. (2000): «Tecnología, cultura i sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo» en PERDIGUERO E. i COMELLES J.M. (ed.) *Medicina i cultura. Estudios entre la antropología i la medicina*. España: Bellaterra. SGU, 446.

- CONRAD, P. i SCHNEIDER, J. (1981): *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Expanded Edition, with a New Afterword by the Authors. Temple University Press Philadelphia.
- CORREA, M.; SILVA, T.; BELLOC, M. i MARTINEZ, A. (2006): «La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales i narrativas locales», *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, n. 22.
- CSORDAS, T. (1990): «Embodiment as a Paradigm for Anthropology», *Ethos*, vol. 18, n. 1, 5-47.
- DELGADO, M. (1997): «El lugar de la culpa en las interpretaciones sociales del cáncer. Cáncer i tabú» <<http://manueldelgadoruiz.blogspot.com.es/2013/06/el-lugar-de-la-culpa-en-las.html>>.
- DÉSALLIERS, J. (2009): «Médicalisation de la pauvreté et discipline des corps reproductifs: la famille et l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé», *Altérités*, vol. 6, n. 1, 2: 46-65.
- DI GIACOMO, S.M. (2013): «La metáfora como enfermedad: dilemas posmodernos en torno a la representación del cuerpo, la mente i el padecimiento». En MARTINEZ, A.; MASANA, L. i DI GIACOMO, S.M. (ed.): *Evidencias i narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: Publicaciones URV.
- DOUGLAS, M. (1966): *Pureza i peligro: un análisis de los conceptos de contaminación i tabu*. Madrid: Siglo XXI.
- DOUGLAS, M. (1970): *Símbolos naturales*. Madrid: Alianza.
- EHRENBERG, A. (2015): «Se définir par le cerveau. La biologie de l'esprit comme forme de vie», <<http://www.cairn.info/revue-esprit-2015-1-p68>>.
- ESTEBAN, M.L. (2008): *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad i cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- EVANS-PRITCHARD, E. (1937): *Sorcellerie oracles et magie chez les Azandé*. Bibliothèque des sciences humaines. Paris: Editions Gallimard.
- EVANS, J.P.; MESLIN, F.M.; MARTEAU, T.M. et alii (2011): «Deflating the Genomic Bubble», *Science*, 2011, vol. 331, 861-862. En GONON, F. (2011): «La psiquiatrie biologique: une bulle spéculatrice?», *EspritNov*, 54-73.
- FARAONE, S. (2008): «Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores i de las políticas». Disponible a: <<http://www.topia.com.ar/autores/silviafaraone>>.
- FOUCAULT, M. (1999): *Estética, ética i hermenéutica*. Barcelona: Paidós.

- GARNIER, C. (2003): «La chaîne du médicament: lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales», *Journal international des représentations sociales*, 1(1), 1-9.
- GIRARD, R. (1982): *Le bouc émissaire*. Paris: Éditions Grasset et Fasquel.
- GOFFETTE, J. (2006b): *Naissance de l'anthropotechnie. De la biomédecine au modelage de l'humain*. Paris: Vrin.
- GOFFETTE, J. (2008): «Psychostimulants: au-delà de l'usage médical, l'usage anthropotechnique». *Drogues, santé et société*, vo. 7 n^a 1, 91-126.
- GONON, F.; BEZARDE, E. i BORAUD, T. (2011): «Misrepresentation of Neuroscience Data Might Give Rise to Misleading Conclusions in the Media: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder». *PLoS ONE*, vo. 6 n^a 1 p.e1 4618.
- GONON, F. (2011): «La psychiatrie biologique: une bulle spéculatrice?», *Esprit-Nov*, p. 54-73.
- GOOD, B. J. (1994): «El cuerpo, la experiencia de la enfermedad», capítol 5 del llibre *Medicina, racionalidad i experiencia*. Barcelona: Bellaterra.
- JUPILLE, J. (2011): «Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Le rôle des associations de parents.» *Médecine/sciences* 2011; 27: 318-22. Article derivat de la tesi defensada públicament el 24 de juny del 2010, Université Paris Descartes.
- KORSTANJE, M. (2010): «Reconsiderando el concepto de riesgo en Luhmann», *Revista Mad: Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, n^o 22: 31-41.
- LEAVY, P. (2013): «Trastorno a mala educación. Reflexiones des de la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar», *Revista Latinoamericana de Ciencias sociales, Niñez y Juventud*, vol. 11 (2), 675-688.
- LÉVY, J.J. i GARNIER, C. (2007): *La chaînes des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*. Collection Santé et société. Presse de l'université du Québec-Tome II p. 3 «Le Retalin», 368-393.
- MARTINEZ, A. (2007): «Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions». Biopolitiques, antidépresseurs et autres «sorcelleries» du capitalisme tardif en Catalogne», *Socio-Anthropologie*, 21: 69-86.
- MARTÍNEZ, A. (2013): «Fuera de escena: la locura, lo obsceno i el sentido común», en MARTÍNEZ, A.; MASANA, L. i DIGIACOMO, S.M (ed.): *Evi-*

dencias i narratives en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica. Tarragona: Publicacions URV.

MAUSS, M. (1934): «Les techniques du corps», *Journal de Psychologie*, XXXII, n. 3-4, 15 (communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934).

MOYA, J. et alii (2013): *Els problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya (TDAH i TC). Necessitats educatives que generen.* Informe presentat al Parlament de Catalunya.

ORTEGA, F. i VIDAL, F. (2007): «Mapping the cerebral subject in contemporary culture», *RECIIS Elect. J. Commun Inf. Innov. Health-Rio de Janeiro*, v.1, n.2, p. 255-259, Jul.-Dec., 2007.

ORTEGA, F. i VIDAL, F. (2011): *Neurocultures: Glimpses Into an Expanding Universe.* Ed. Peter Lang, 2011, 359 p.

RABINOW, P. (1996): *Essays on the Anthropology of Reason.* Princeton: Princeton University Press.

ROSE, N. i ABI-RACHED, J. (2013): *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind.* Princeton: Princeton University Press.

SICARD, D. (2007): «La médecine sans le corps: quelques notes sur la relégation du corps», *Les Cahiers du centre Georges Canguilhem* 1/ 2007 (n. 1), 133-137.

TAUSSIG, M. (1995): *Un gigante en convulsiones.* Barcelona: Gedisa.

TAYLOR NELSON SOFRES GROUP (2002): *Estudio de mercado.* Citat per RUBIO, G. (2005). I Jornadas leonesas sobre TDAH (138.260 niños diagnosticos /121.670 con tratamiento).

UBIETO, J.R. (2013): «Com donar-se el temps per escoltar els nens i adolescents hiperactius» en *Trastorns, malestars i diversiat. Com abordar el TDAH.* CIIMU.

VANDERGEEST, S. i WHITE, S.R. (2003): «Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments», *Anthropologie société*, vol. 27, n. 2: 97-117.

VEGA, R. (2007): «Bioidentidad i medicalización: una lectura biopolítica del Tdah», *Arteterapia – Papeles de arteterapias i educación artística para la inclusión social.* Vol. 2 (2007: 51-61)

VIDAL, F. (2009): «Brainhood, anthropological figure of modernity», *History of the Human Sciences*, vol. 22, n. 1 pp. 5-36.