

Título del original en inglés:
Re-Autoring Lives. Interviews & Essays
© 1995 by Dulwich Centre Publications

Traducción: Verónica Tirotta

Primera edición: enero del 2002, Barcelona

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Editorial Gedisa, S.A.
Paseo Bonanova, 9 1º-1ª
08022 Barcelona, España
Tel. 93 253 09 04
Fax 93 253 09 05
Correo electrónico: gedisa@gedisa.com
<http://www.gedisa.com>

ISBN: 84-7432-847-0
Depósito legal: B. 2783-2002

Preimpresión: Editor Service, S.L.
Diagonal 299, entresol 1ª
Tel. 93 457 50 65
08013 Barcelona

Impreso por:
Carvigraf
Cot, 31, Ripollet

Impreso en España
Printed in Spain

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma.

Índice

Introducción	9
--------------------	---

ENTREVISTAS

1. La perspectiva narrativa en la terapia	15
2. Los aspectos políticos de la terapia	47
3. Por fuera del conocimiento experto	65
4. Nombrar el abuso y liberarse de sus efectos	87
5. Experiencia psicótica y discurso	117
6. Una conversación sobre la responsabilidad	159

ENSAYOS

7. El trabajo con el equipo de reflexión como ceremonia de definición	175
8. Nuevas consideraciones sobre los documentos terapéuticos	201
9. El comportamiento y sus determinantes o la acción y su sentido: sistemas y metáforas narrativas	215

MICHAEL: He apreciado tus preguntas y me han brindado la oportunidad de articular muchas de mis ideas acerca de este trabajo. Pero necesitaría un descanso. Quizás podríamos volver sobre esas otras preguntas en alguna otra ocasión. Me gustaría también sugerirte una lectura que te podría interesar: *Discoveries: A Group Resource Guide for Women who have been Sexually Abused during Childhood*, de Sheridan Linnell y Dorothy Cora. Esta guía de recursos es una buena fuente de información sobre aplicaciones prácticas y creativas de este trabajo dentro de la tradición narrativa.

CHRIS: Muy bien, lo buscaré. Y combinemos para encontrarnos de nuevo a hablar de este trabajo. Gracias, Michael.

Bibliografía

Linnell, S. y Cora, D. 1993. *Discoveries: A Group Resource Guide for Women who have been Sexually Abused during Childhood*. Sydney, Dymyna House Publications.

5

Experiencia psicótica y discurso*

ENTREVISTA DE KEN STEWART**

KEN: en la entrevista de 1990 te pedí que me explicaras tu teoría de la patología. Y me respondiste así:

La palabra «patología» me asusta. Cuando la oigo pienso en el espectacular éxito de la medicina clínica en la cosificación de las personas y sus cuerpos, y pienso hasta qué punto la patologización de las personas es la práctica más corriente y aceptada en las disciplinas de la salud / bienestar mental y el más importante logro de las escuelas psicológicas.

¿Hoy tu respuesta sería la misma?

MICHAEL: De ninguna manera me retractaría de lo que sostuve en aquella entrevista de hace algunos años. Actualmente los profesio-

* Esta es, en cierto sentido, una entrevista dentro de otra entrevista. Algunas de las preguntas aquí formuladas se basan en una entrevista anterior, que se realizó en 1990 y nunca fue terminada.

** Ken Stewart pertenece al Programa de Tratamiento de Familia de Human Services Inc., Washington County, Minnesota, y es profesor adjunto de la Facultad de Psicología Profesional de Minnesota.

nales tienen una cantidad realmente enorme de oportunidades para patologizar las vidas de las personas. Debido a una extraordinaria inversión en el desarrollo de los discursos de la patología, tenemos ahora a nuestra disposición un vasto conjunto de maneras de hablar e interactuar con la gente, que reproducen el dualismo sujeto/objeto, tan omnipresente en la estructuración de las relaciones dentro de nuestra cultura.

Estas maneras de hablar e interactuar con las personas las colocan del otro lado del conocimiento, afuera. También hacen posible que los profesionales de la salud mental construyan a las personas como los objetos del conocimiento psiquiátrico, que contribuyan a crear un sentido de la identidad que tiene como característica fundamental la «otredad». El éxito de estos discursos está fuera de discusión, y yo creo que tal logro representa una de las grandes marginaciones de la cultura contemporánea.

KEN: Actualmente existe en nuestro campo un gran interés por el pensamiento posmoderno. ¿Crees que esas tendencias posmodernas tienen influencia sobre los diversos discursos patologizantes?

MICHAEL: En efecto, algo de eso hay. Sin embargo, no estoy seguro de que se haya avanzado mucho en el cuestionamiento de la hegemonía de los discursos patologizantes, que sufren permanentemente un proceso de revisión, perfeccionamiento y elaboración.

KEN: ¿En qué situación nos coloca esto? ¿Habrá una manera de encarar las concepciones tradicionales de las llamadas enfermedades mentales, como la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo, la personalidad histriónica y otros trastornos de la personalidad, a partir de los conceptos del Eje II del DSM IV, sin patologizar a la gente? ¿Y nosotros, los que sostenemos la perspectiva del construccionismo social, estamos cediéndoles ese territorio a los autores de los conocimientos psiquiátricos o defendemos nuestro derecho a él? Y si lo hacemos ¿cómo encaramos los fenómenos a que se refieren estas clasificaciones? ¿Crees que la terapia de familia tiene algo que ofrecer en ese campo?

MICHAEL: Contestaré primero la última pregunta. Por alguna razón, la terapia de familia se abstiene de participar en la crítica di-

rigida a las instituciones que han desempeñado un papel clave en el mantenimiento y la reproducción de estos discursos patologizantes: se considera al margen de tales discursos. Pero yo no creo que pueda mantener esa posición. Históricamente, la terapia de familia adoptó los sistemas formales de análisis informados por metáforas como «sistema», «dinámica», «estructura», etcétera. Estas metáforas brindan una interpretación de «experto» de los eventos y experiencias de las vidas de las personas, y se las utilizó para evocar ideas de «trastorno», «disfunción» y «patología» familiar o relacional. Además, estas metáforas nos han alentado a posicionarnos con respecto a los otros de una manera que también reproduce el dualismo sujeto/objeto a que ya me he referido.

KEN: Los discursos patologizantes han sido muy criticados, desde dentro y desde fuera del campo específico. Pero a pesar de ello, siguen dominando a todos los otros discursos que trataron de ofrecer alternativas. ¿Cómo interpretas esto?

MICHAEL: Sí, hubo muchas críticas, y tal vez sea conveniente repasar algunas.

En primer lugar, está el problema de la autopresentación del profesional de la salud mental. Se ha dicho que el hecho de que los profesionales demuestren cierto grado de «dominio del tema» en su manera de hablar sobre las vidas de otras personas —también informadas por los discursos patologizantes—, y de que demuestren cierto grado de destreza en su manera de actuar con los otros, les concede alguna autoridad moral dentro de sus comunidades. Al lograr el dominio del tema y al demostrar que poseen la destreza necesaria, se ganan la estima de sus colegas.

Segundo, no faltan quienes sostengan que la demostración de tal competencia y de tales conocimientos franquea el ingreso a un mundo de oportunidades laborales y económicas. Es por eso que la «agudeza diagnóstica», la capacidad de emitir un diagnóstico preciso y acertado, es altamente rentable y brinda acceso al poder institucional. Y aun más: en Estados Unidos ha llegado a ser una necesidad. Es prácticamente imposible que los profesionales de la salud mental se ganen la vida si no subordinan su trabajo a las especificaciones del DSM III-R, o a cualquiera sea su última versión.

Tercero, puede argumentarse que, debido a que los discursos patologizantes se presentan en un lenguaje impresionante que pretende ser expresión de una realidad objetiva, los profesionales de la salud mental pueden eludir la confrontación con las verdaderas consecuencias que esas maneras de expresarse y de actuar tienen para las personas que los consultan. Si nuestro trabajo tiene que ver con la idea de someter a las personas a la «verdad», no podremos percibir las consecuencias de nuestra manera de hablar con las personas sobre sus vidas ni de nuestra manera de estructurar las interacciones. Este manto de «verdad» nos permite no reflexionar sobre las implicaciones de nuestras construcciones y de nuestras interacciones terapéuticas con respecto a la posibilidad de moldear las vidas de la gente. Así, los discursos patologizantes permiten a los profesionales de la salud mental eludir la responsabilidad y retener y ampliar su monopolio de poder.

Estas son algunas de las numerosas críticas posibles. Pero además existen consideraciones que pueden explicar el extraordinario desarrollo de estos discursos y su éxito. Los discursos patologizantes nos ofrecen la posibilidad de vivir con cierto grado de comodidad en un mundo donde es cada vez más difícil hacerlo. Además, permiten definir como aberraciones los problemas por los que la gente busca ayuda. Y de ese modo nos ayudan a eludir el reconocimiento del hecho de que estos problemas pertenecen a nuestra cultura, son producto de nuestras formas de vida y de pensamiento. Los discursos de la patología nos sirven para ignorar hasta qué punto los problemas por los que la gente busca una terapia son la consecuencia de ciertas prácticas de relación y prácticas del yo, informadas por las nociones modernas del «individualismo». Y también son esos discursos los que nos permiten ignorar hasta qué punto los problemas de la gente tienen que ver con las estructuras de inequidad de nuestra cultura, incluyendo a las que involucran género, raza, etnicidad, clase social, status económico, etcétera.

Naturalmente, si podemos ver en las dificultades de la gente el resultado de cierta aberración y no el producto de nuestras maneras de pensar y vivir, podremos asimismo eludir la confrontación con nuestra complicidad en el mantenimiento de esas formas de vivir y de pensar. De ese modo nos sentiremos autorizados para negar nuestra complicidad con la constitución de los mundos que compartimos con los otros. Al oscurecer este vínculo entre los pro-

blemas por los que la gente busca ayuda y las formas de vida y pensamiento de nuestra cultura, podemos no reconocer que es nuestra responsabilidad tener en cuenta el contexto de las vidas de las personas; y que es también nuestra obligación dismantelar las diversas estructuras de desigualdad en que transcurren.

KEN: Ahora podríamos pasar a examinar algunos aspectos específicos de tu trabajo. Según me han dicho, te opones al uso de etiquetas y a la prescripción de medicamentos.

MICHAEL: Es interesante, yo también he oído ese comentario acerca de mi posición en estas cuestiones.

KEN: ¿Y bien?

MICHAEL: De vez en cuando me entero de que he dicho algo que no dije; y de vez en cuando leo versiones de mi pensamiento que no reflejan lo que pienso. También me han llegado relatos de mi conducta totalmente alejados de mi experiencia de esta.

KEN: ¿Podrías darme un ejemplo de esto último?

MICHAEL: Hace algunos años circuló la versión de que durante una consulta en Canadá yo había externalizado un problema con una persona que tenía un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, y que en respuesta a ello me habían dado una paliza. Lo que en realidad sucedió fue que intervine en un asalto para evitar que se perpetrara un grave daño físico, y en esas circunstancias fui herido en la cara. Además, el episodio no tuvo nada que ver con una consulta.

KEN: ¡Esto es horrible! Entonces explícame cuál es tu posición respecto a las etiquetas y la medicación.

MICHAEL: Con respecto a los fármacos, yo no he tomado una actitud general sobre las llamadas «medicaciones antipsicóticas», sino que me he interesado en descubrir lo que es habilitante para las personas. Y uso la palabra «habilitante» en un sentido positivo. Esta consideración lleva a ciertos interrogantes específicos:

- *¿Cómo podríamos tratar de ayudar a las personas a determinar si estos fármacos contribuyen a mejorar su calidad de vida o a deteriorarla?*
- *¿Cómo podríamos tratar de ayudar a las personas a determinar de qué maneras esos fármacos podrían ser habilitantes y de qué maneras podrían ser incapacitantes?*
- *¿Cómo podríamos tratar de ayudar a las personas a controlar los efectos de diferentes medicamentos y de diferentes niveles de medicación?*
- *¿Cómo podríamos tratar de ayudar a las personas a evaluar los verdaderos efectos de la medicación sobre sus vidas y sobre sus relaciones con los otros?*
- *¿Cómo podríamos tratar de ayudar a las personas a establecer lo que para ellas podrían ser criterios adecuados para tal evaluación?*
- *¿Cómo podríamos tratar de ayudar a las personas a informarse a fondo acerca de los diversos efectos secundarios negativos de estos fármacos?*
- *¿Cómo podríamos tratar de ayudar a las personas a identificar qué gente está más comprometida con la aceptación de regímenes de medicación, qué gente está menos comprometida, y cuáles son los intereses particulares de ambas partes?*

Estas preguntas son apenas una muestra de las muchas que podríamos hacer sobre la administración de fármacos.

Aliento la esperanza de que esta discusión sirva para desmentir la idea de que me opongo al uso de medicamentos. Yo he visto usar medicamentos de modo que logran tener un efecto profundo en la ampliación de los horizontes de vida de las personas, de modo que brinden una amplia gama de nuevas posibilidades para la acción. Y también he visto usar fármacos con fines principalmente de control social, he visto usarlas de un modo que disminuye significativamente las posibilidades para la acción y priva a las personas de la posibilidad de elegir.

KEN: ¿Y qué opinas de las distintas etiquetas que se usan en el campo de la salud mental?

MICHAEL: Si te refieres a la práctica de hacer diagnósticos psiquiátricos, debo decirte que no estoy interesado en eso. Con respecto a

las etiquetas en general, y al uso que se hace de ellas, es conveniente plantearse algunos interrogantes similares a los que mencioné.

Al responder a preguntas como esta tengo conciencia del hecho de que a algunas personas las etiquetas les resultan habilitantes. Esto ha sido interpretado de diversas maneras. Se dice, por ejemplo, que las etiquetas de enfermedad alivian las diversas autoacusaciones y el sentimiento de incapacidad personal que experimentan las personas que son incapaces de vivir sus vidas de un modo habitual. Además, se dice que esas etiquetas les permiten a las personas evitar el estrés de las expectativas a las que estarían sujetas si estuvieran «bien». Y también se sostiene con frecuencia que los diagnósticos psiquiátricos sirven para diluir la culpa que tantas veces experimentan los parientes, y que esto tiene el efecto de aliviar los comportamientos autodestructivos y promover interacciones más constructivas dentro de los contextos familiares.

Y si bien puedo valorar estas argumentaciones y respetar lo que haya que decir acerca de algunos de los efectos positivos de los diagnósticos psiquiátricos, no tengo dudas de que los resultados suscitan cierta interesante reflexión sobre nuestra cultura. Es posible pensar que esa gente, para liberarse de las autoacusaciones y de las atribuciones de incapacidad personal; para liberarse del estrés que les producirían las expectativas acerca de lo que significa en nuestra cultura ser realmente una persona, y para no experimentar los sentimientos de culpabilidad que hemos discutido, esa gente tendría que ingresar al sitio de la «enfermedad». Y la enfermedad es un sitio de la cultura: está estructurado, determina ciertas formas de vida y de pensamiento. La enfermedad es un sitio de la cultura que moldea la vida.

Así, el diagnóstico provee una exención que es válida sólo gracias a la enfermedad. Pero este hecho provoca una triste reflexión sobre nuestra cultura. Yo creo que podemos hacer mucho para ayudar a las personas a encontrar sitios alternativos dentro de esta cultura, sitios en los que puedan apartarse de las formas dominantes de ser y de pensar, sitios que aporten otras opciones para vivir la propia vida, sin necesidad de apelar a una suerte de absolución a través de la enfermedad.

Y es interesante notar que en el trabajo que hacemos juntos para identificar estos otros sitios, que con frecuencia se definen por

medio del rastreo de historias de resistencia a la cultura dominante, el diagnóstico mismo termina por ser cada vez más irrelevante, y la absolución que acarrea se torna innecesaria para vivir.

KEN: Entonces ¿qué sucede cuando te consultan personas que parecen identificarse con su diagnóstico psiquiátrico?

MICHAEL: No quiero que se me interprete mal en este punto. Si estoy atendiendo a una persona que prefiere usar esas etiquetas, entonces me interesa respetar lo que la persona cree que ellas le aportan, y me interesa explorar activamente junto con la persona qué cosas le facilita esta manera de hablar de sí misma.

KEN: Pero dado que esas etiquetas colaboran en la colonización de la vida de la persona que estás atendiendo, es decir que contribuyen a que se la trate como un «otro» que es al mismo tiempo «conocible y visible», yo habría supuesto que te opondrías rotundamente a ellas.

MICHAEL: Es difícil oponerse a las etiquetas *per se*. En el lenguaje se nombra constantemente, de modo que siempre tenemos etiquetas de un tipo u otro. Lo que sí tiene una importancia crítica es la índole de los discursos asociados con esta actividad de nombrar. En el proceso de dar nombre a algo, hay que preguntarse: ¿Qué conocimientos se privilegian y qué conocimientos son descalificados o presentados como irrelevantes? ¿Quién está calificado para hablar y para nombrar y en qué circunstancias es aceptable que lo haga? ¿Qué prácticas relacionales y qué técnicas de ejercicio del poder se asocian con los actos de nombrar, de diagnosticar, y cuáles son los verdaderos efectos de esas prácticas y técnicas sobre la vida de la gente? He tratado de destacar hasta qué punto lo más importante es el discurso.

Desde luego, las etiquetas asociadas con cierto discurso pueden ser usurpadas cuando se las traslada a discursos alternativos. Los grupos marginados lo logran con frecuencia. Cuando estas etiquetas son tomadas e insertadas en un discurso alternativo, se convierten en términos que denotan orgullo, que representan ciertas elecciones y conocimientos acerca de formas de vivir y pensar. Esto tiene el efecto de apartar a las etiquetas del discurso más corriente, que tanto ha sojuzgado a los grupos marginales.

KEN: En mi opinión, todas estas ideas conducen a abordar el tema de la etiología. ¿Cuál es tu postura frente a la etiología?

MICHAEL: Durante 17 de los últimos 20 años tuve relaciones formales con servicios psiquiátricos comunes. Trabajé en hospitales psiquiátricos estadales y en servicios psiquiátricos para niños y adolescentes, y fui consultor de un gran hospital psiquiátrico público. Además, en Dulwich Centre tenemos un proyecto de salud mental para una pequeña comunidad independiente. Y quiero decirte algo que tal vez te parezca sorprendente. A lo largo de la totalidad de mi experiencia en estos diversos contextos psiquiátricos, muy pocas veces vi que las cuestiones vinculadas con la etiología tuvieran efecto alguno sobre el manejo del caso, excepto en las ocasiones en que se sospechaba la existencia de una lesión cerebral. Hasta la medicación es un asunto de ensayo y error. Y digo que puede parecer sorprendente porque, a pesar de que la etiología es en general irrelevante para nuestro trabajo, cualquier persona que se haya desempeñado en servicios psiquiátricos corrientes sabe que en ellos se dedica una extraordinaria cantidad de tiempo y energía a tales cuestiones.

Luego, ¿qué conclusión podemos sacar de todo esto? Tal vez las consideraciones vinculadas con la etiología sean la marca distintiva del desempeño del conocimiento psiquiátrico porque brindan oportunidades para darle carácter científico.

KEN: ¿O sea que no tienes posición tomada respecto de la etiología?

MICHAEL: Yo siempre me he negado a adoptar una posición sobre la etiología de los llamados trastornos psiquiátricos. De hecho, tampoco quise participar en debates y otras actividades que dependan de esto. Estoy dispuesto a tener en cuenta la mayoría de las ideas sobre etiología, pero te digo francamente que para lo que yo hago en este campo de trabajo, esas preocupaciones son irrelevantes.

KEN: ¿Eso significa que hasta estás dispuesto a aceptar algunos de los actuales conceptos biológicos de la etiología para lo que se conoce como esquizofrenia?

MICHAEL: ¡Por supuesto, por supuesto! Pero eso no es relevante para lo que yo hago.

KEN: ¿Y qué es lo que haces? Al adoptar la posición que estás exponiendo sobre los discursos psiquiátricos, ¿no corres el riesgo de terminar excluyéndote de la participación en este campo? ¿No es posible que invalides tu contribución? ¿Que tu actitud te deje sin nada que decir?

MICHAEL: De ninguna manera. Yo simplemente hablo de permanecer fuera del territorio tal como es definido por el conocimiento psiquiátrico y tal como es estructurado por los discursos patologizantes. No hablo de apartarme de la gente y sus experiencias, incluyendo aquellas que con tanta frecuencia son apropiadas por los discursos patologizantes.

KEN: Muy bien. ¿Cuáles serían entonces tus opciones?

MICHAEL: Creo que podemos ayudar a la gente a cuestionar la hegemonía de los conocimientos psiquiátricos. Podemos trabajar con las personas con miras a identificar en qué medida sus propias vidas están «hechas conocimiento». Podemos entablar conversaciones en las que se respeten sus conocimientos de la vida, conversaciones que tracen la historia de sus saberes. Podemos participar de conversaciones que les brinden la oportunidad de construir sobre estos conocimientos, que les ayuden a elaborar planes para aplicar sus saberes a las experiencias que encuentran problemáticas.

Nosotros podemos trabajar en colaboración con la gente para identificar aquellas maneras de hablar de nuestras vidas que fomentan un sentimiento de iniciativa personal y que favorecen la experiencia de tener poder sobre la propia vida. También podemos ayudar a las personas a hacer distinciones entre estas maneras de hablar y otras, que favorecen las experiencias de marginación, que disminuyen el sentimiento de iniciativa personal y que socavan nuestra vivencia de autoridad.

En vez de referir lo que hacemos a los sistemas formales de análisis que hemos discutido, podemos tratar de construir sobre las elaboraciones de nuestro trabajo que se vinculan más con las experiencias de vida de las personas, incluyendo los fenómenos psicóticos. Podemos encontrar maneras de entrar más directamente en contacto con esas experiencias de vida.

Además, podemos también unirnos con otras personas para cuestionar las relaciones de poder que informan el dualismo sujeto/objeto a que me he referido anteriormente en esta conversación.

KEN: Dime algo más sobre cómo se podría llegar a eso.

MICHAEL: Pondré aquí un ejemplo que se vincula con la idea de devolver la «mirada normalizadora» [o «examen», en este caso examen psiquiátrico] o volver la mirada sobre sí mismo, volver el examen psiquiátrico sobre sí mismo. Para aquellas personas que son receptoras de rondas de examinación psiquiátrica, investigar estas rondas puede llegar a ser muy habilitante. Hacerlo podría llevarlas a estudiar quién puede hablar, en qué circunstancias pueden ellos hablar, qué maneras de hablar son reconocidas, qué maneras de hablar son descalificadas, la autoridad de quién se privilegia y cuáles son los efectos de esa acción, etcétera. Creo que a muchas personas les cautiva la introducción de esta idea, y creo que tiene un efecto positivo aun cuando no sea adoptada de manera formal. Parece ser que aun pensar en lo impensable conduce de algún modo a deshacer los efectos de la marginación a la que la gente ha estado sujeta. Desde luego, también se puede devolver la mirada normalizadora de muchas otras maneras.

KEN: Es la idea más subversiva que he conocido.

MICHAEL: Sí, tal vez todo esto sea bastante subversivo. Pero las prácticas de devolución de la mirada normalizadora no tienen por qué ser encubiertas, y tampoco son necesariamente antagónicas del trabajo del personal de las instituciones psiquiátricas. De hecho, tales prácticas pueden serles muy útiles a los profesionales de la salud mental en sus esfuerzos por establecer contextos terapéuticos. La devolución de la mirada puede tener el efecto de hacer transparentes muchas de las ideas y prácticas de los contextos psiquiátricos que habitualmente se dan por sentadas, y es por ello que suele ser una gran ayuda para el personal que tiene la responsabilidad moral y ética de controlar los verdaderos efectos de sus interacciones sobre las vidas de las personas que buscan ayuda. Cuando los profesionales de la salud mental aceptan el hecho de que nunca pueden estar seguros de que no están reproduciendo —en su

trabajo— las circunstancias que proveen el contexto de los problemas por los que la gente busca ayuda, experimentan cierto alivio por la realimentación y las posibilidades para la acción generadas por estas prácticas.

KEN: Mencionaste también las posibilidades de una mayor orientación hacia la experiencia al trabajar con gente que tiene condiciones psiquiátricas definidas. ¿Podrías darme un ejemplo de cómo sería este trabajo basado en la experiencia en el caso de la esquizofrenia? ¿Y podrías explicarme qué distingue a esta posición de los enfoques aceptados de ese fenómeno?

MICHAEL: Con respecto a los enfoques y métodos generalmente aceptados, he notado una fuerte parcialidad hacia la experiencia psicótica misma: un sesgo anti-experiencia. Creo que la idea de hablar con la gente de sus experiencias psicóticas ha tenido muy mala prensa en las últimas décadas. Dentro de ese contexto, no es sorprendente que algunas de las propuestas que he avanzado acerca de la práctica de hablar con la gente sobre su experiencia subjetiva de los episodios psicóticos hayan provocado cierta inquietud.

KEN: Tal vez se trate del temor de que estuvieras reificando los delirios en lugar de sacar a la gente de ellos. ¿Qué influencia ha tenido esta respuesta sobre tu trabajo?

MICHAEL: Ninguna. Algunas personas expresaron su aprensión acerca de mis prácticas de relacionarme con la experiencia psicótica, y se mostraron algo perturbadas por mi negativa a desistir de la exploración de las maneras de hablar con las personas acerca de su experiencia de los episodios psicóticos. Sin embargo, esas respuestas nunca me parecieron válidas.

KEN: En tus talleres te has referido al trabajo que haces ayudando a la gente a revisar su relación con sus alucinaciones auditivas, sus «voces». ¿Se trata de uno de los desarrollos que surgieron de la exploración de las experiencias psicóticas?

MICHAEL: Sí, así es. Ayudar a las personas a revisar su relación con sus voces constituye una parte importante de mis interacciones

con gente a la que han diagnosticado esquizofrenia. La revisión exitosa de esta relación tiene invariablemente un poderoso efecto sobre la calidad de vida de estas personas y, según mi experiencia, suele desempeñar un papel decisivo en la reducción de su vulnerabilidad a la recaída.

KEN: Si esto es así, supongo que la práctica que mencionas estará siendo adoptada por un número creciente de profesionales de la salud mental.

MICHAEL: Sí. Yo tengo contacto con muchos profesionales de la salud mental que han adoptado estas ideas en contextos singulares y de manera singular. Para dar un ejemplo de cómo lo están haciendo al trabajar con grupos de individuos que tienen diagnósticos psiquiátricos y que son considerados «enfermos crónicos», quisiera mencionar los grupos llamados *Digno de Discusión* creados por Gaye Stockell y Marilyn O'Neil, de Sydney, y los desarrollos que ellos y sus colegas han realizado al establecer métodos más cooperativos dentro del contexto de la rehabilitación.

Además, tengo contacto con otras personas que están explorando con entusiasmo la concordancia entre algunas de estas ideas y prácticas, sus propias contribuciones originales y algunas de las ideas y prácticas más establecidas en este campo. Son ejemplos: Chris Bells y Margaret Newmark, de Nueva York; y David Moltz, de Portland, Maine.

Conozco administradores, gerentes y directores clínicos que han logrado modificar el perfil de algunos servicios psiquiátricos incorporando el tipo de ideas y prácticas que aquí exponemos, junto con otras ideas y prácticas afines. Una persona con la que sería muy útil conversar, ya que ha logrado mucho en esta área, es Alan Rosen, de Sydney.

Y hay muchas iniciativas más. Una, bastante reciente, es el trabajo que vienen realizando Stephen Madigan, David Epston y la Liga Anti-Anorexia, en la Columbia Británica (Canadá). En mi opinión, ese trabajo tiene un efecto transformador sobre las políticas referentes al tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia.

KEN: Todos estos desarrollos parecen muy interesantes, y me gustaría conocerlos mejor. ¿Debo entender que no te has sentido desanimado en tu trabajo en este campo?

MICHAEL: En absoluto. A lo largo de los años siempre disfruté del apoyo y el aliento de mucha gente, y eso fue reconfortante.

Sin embargo, debo decir que cuando traté de compartir estas ideas con mayor amplitud las respuestas que obtuve fueron mixtas. Por eso no siempre me fue bien.

KEN: Dame un ejemplo de lo que quieres decir.

MICHAEL: Bien, durante algunos años y en ciertos círculos, con respecto al trabajo que he venido realizando sobre la revisión de la relación de las personas con sus voces, experimenté ciertas limitaciones para presentar mis resultados. Esas limitaciones surgían del escepticismo y la duda, y fueron en parte de índole política.

Pero algunos años más tarde empezaron a publicarse artículos en revistas muy aceptadas; esos artículos llamaron la atención sobre la necesidad de tener en cuenta la experiencia subjetiva de las personas que recibían un diagnóstico de esquizofrenia; y finalmente esto puso el acento sobre la importancia de la calidad de la relación de cada persona con sus voces. De hecho una revista dedicó un número íntegro a estas investigaciones (véase *Schizophrenia Bulletin*, volumen 15, número 2, 1989). Si bien estos artículos no describían procesos que contribuyeran a las posibilidades de que las personas revisaran su relación con sus voces, algunos de los resultados convalidaban lo que yo estaba haciendo. Y desde la publicación de esos resultados, me ha resultado más fácil hablar de este trabajo en contextos psiquiátricos.

KEN: ¿Cómo podrías entonces explicar el hecho de que tener una relación diferente con las propias voces pueda hacer una diferencia significativa en términos de la severidad del episodio psicótico?

MICHAEL: Creo que en parte eso se vincula con la cultura. Si bien puede parecernos relativamente fácil albergar la idea de que gran parte de lo que pensamos y creemos, y una buena parte de lo que hacemos, está informado por la cultura, por alguna razón nos resulta más difícil pensar que también los fenómenos psicóticos podrían estar informados por la cultura. No podemos creer que—independientemente de la etiología— el contenido, la forma y la expresión de los fenómenos psicóticos, como por ejemplo las alucinaciones auditi-

vas, estén conformados por la cultura. Pero cuando empieza a resultarnos menos difícil aceptar esa idea, se abre la posibilidad de apreciar hasta qué punto la cultura moldea también las vidas de las personas que tienen esquizofrenia, sea eso lo que fuere.

KEN: ¿Podrías poner un ejemplo?

MICHAEL: Nada hay en la fisiología ni en la genética que pudiera predisponer a las voces de la esquizofrenia a atacar a sus sujetos femeninos sobre la base de su sexualidad, o a llamar «flojos» a sus sujetos masculinos. Y tampoco hay nada en la fisiología que predisponga a las voces de la esquizofrenia a ver a los otros como adversarios y a sus sujetos como posesiones. Las alucinaciones auditivas más intolerables son con frecuencia claramente patriarcales en sus actitudes y sus técnicas de poder. Esto se aplica a las voces que hostigan tanto a las mujeres como a los hombres. Estas voces son abrumadoramente evaluativas; son críticas y descalificadoras; expresan elevadas expectativas y bajo reconocimiento respecto de las personas.

KEN: Dices que estas voces son claramente patriarcales. ¿Podrías comentar algo más sobre cómo se expresan?

MICHAEL: Sí, pero quiero remarcar el hecho de que no me refiero a todas las voces de la esquizofrenia. En nuestro trabajo es fundamental ayudar a la gente a distinguir las voces controladoras y dominantes de las voces solidarias o posiblemente solidarias.

KEN: De acuerdo, pero me gustaría volver sobre esa distinción más adelante.

MICHAEL: Las voces peligrosas son altamente parciales y muy convincentes. Se valen de ciertos dispositivos para expresarse de manera impactante, para ganar autoridad, para afirmar que poseen un conocimiento objetivo, para convencer a su sujeto de que sólo ellas son capaces de captar la verdad de los deseos, los propósitos, en una palabra, la naturaleza de las personas.

KEN: ¿Podrías decir algo más acerca de esos dispositivos? Suena intimidante.

MICHAEL: Estoy refiriéndome a las maneras impactantes de hablar en general. Podríamos decir que son las maneras «desencarnadas» de hablar. Estoy seguro de que los lectores de esta entrevista las conocen. Se las llamó «desencarnadas» porque eluden toda referencia al contexto, porque permiten hacer afirmaciones independientemente del contexto. Ellas no sólo elevan las pretensiones de conocimiento específico a un status de certeza absoluta, de «verdad», sino que además descalifican todo conocimiento que esté representado en formas de hablar más situadas.

KEN: Ah, sí, ya veo: te refieres a aquellos que pretenden decir la «verdad» sobre todas las situaciones, sin tener en cuenta el contexto. Es una experiencia conocida, muchos la hemos sobrellevado. Creo que los últimos desarrollos en el campo han intentado denunciar, cuestionar estas «tentaciones de certeza». ¿Podrías agregar algo más sobre esta manera acontextual de expresarse?

MICHAEL: Los dispositivos que se asocian con estas maneras «expertas» de hablar incluyen los que: a) disimulan los motivos o los propósitos que subyacen bajo nuestros actos de habla; b) eliminan toda referencia a las experiencias personales a través de las cuales se genera nuestra pretensión de conocimiento; c) excluyen la información acerca de las luchas personales e interpersonales y de los dilemas vinculados con la construcción de nuestras realidades preferidas —esto comprende la eliminación de las experiencias personales de cuestionamiento y discusión que nos permiten definirnos como conocedores—; d) desvían la atención de nuestras actitudes informadas por nuestra posición en los mundos sociales del género, la raza, la cultura, la clase social, la preferencia sexual, etcétera; y e) borran toda referencia a la historia de la controversia y el disenso que rodea toda presunción de conocimiento «global».

KEN: ¿Y qué consecuencias tiene todo esto en tu trabajo?

MICHAEL: Por ejemplo: los actos de habla desencarnada pueden ser muy inhabilitantes con quienes están sujetos a ellos. Esos actos limitan y restringen gravemente las respuestas posibles. Sin embargo, la persuasión y la imponentia de tales actos pueden ser socava-

das por el principio de la encarnación. Es decir, por el expediente de situar esos actos de habla dentro del contexto de: a) los motivos y propósitos del hablante; b) sus experiencias personales, incluyendo a las que se vinculan con dilemas y otros desafíos que el hablante ha experimentado en el proceso de atribuir significado a sus experiencias de vida; y c) las actitudes informadas por su posición en los mundos sociales: género, cultura, raza, clase social, preferencia sexual, etcétera; y también cuando se trae a colación la historia de controversia que rodea la pretensión del hablante de estar expresando un conocimiento objetivo.

KEN: Conociendo tu trabajo como lo conozco, estoy seguro de que tienes algunas preguntas interesantes que pueden develar y deconstruir algunas de esas pretensiones de verdad.

MICHAEL: Sí. Podemos formular preguntas que insistan en la encarnación, preguntas que exijan que los hablantes sitúen sus opiniones.

KEN: ¿Podrías poner algunos ejemplos?

MICHAEL: Lo haré. Para alentar a los hablantes a situar sus opiniones dentro del contexto de sus propósitos, podríamos formular preguntas como: *Así que tienes una opinión muy categórica sobre lo que yo debo hacer. Entonces dime: al formular tu opinión de este modo, ¿qué efecto esperas que eso tenga sobre lo que yo hago? O podríamos decir: Si logras influir sobre lo que yo hago en esta ocasión, ¿cómo encajaría ese resultado en tus objetivos generales para mi vida? O tal vez: Creo que puedo entender cómo te gustaría que tu opinión moldeara lo que yo estoy haciendo ahora. ¿Cómo encaja esto con tus propósitos generales para mi vida? ¿Cómo encaja esto en tus planes para mi vida?*

Para instar a los hablantes a situar sus opiniones en el contexto de su experiencia vivida, podríamos intentar algo así: *¿Podrías contarme algunas de tus experiencias de vida que hayan desempeñado un papel decisivo en la formación de esta opinión? Esto me serviría de mucho, ya que entonces sabría cómo tomar tu opinión y hasta podría llegar a identificar las partes de tus opiniones que me vienen bien. Tal vez luego podría hablar de mis propias experien-*

cias de vida y compartir contigo algunas de las conclusiones a que he llegado a partir de todo esto.

Para alentar a los hablantes a situar sus opiniones dentro del contexto de su ubicación en el mundo social, podríamos decir más o menos esto: *¿En qué círculos se sostienen con más fuerza estas opiniones? ¿Todas las personas pertenecientes a esos círculos concuerdan con esta opinión? Si algunas de esas personas estuvieran aquí con nosotros, ¿apoyarían tu opinión? ¿Qué crees que sucedería si tú discreparas en su presencia? ¿Qué tipo de presión crees que experimentarías para que te sometieras o te retractaras? ¿Y qué consecuencias piensas que tendrías que afrontar si no quisieras hacerlo?* Pero esta es sólo una pequeña muestra de las diversas posibilidades de respuesta que sirven para desconstruir las «verdades» defendidas en los actos de habla desencarnada. Y quiero señalar que estas preguntas no requieren una respuesta para ser efectivas. Al formularlas, quienes están sujetos a los actos de habla desencarnada se liberan en parte, y consideran nuevas posibilidades para la acción.

KEN: ¡Esas preguntas son estupendas! Tengo algunas ideas para utilizarlas. Los miembros de mi equipo conocen con frecuencia personas del servicio social o de los círculos médicos a las que estas preguntas les vendrían muy bien. ¿Podrías volver a vincular estas ideas con el tema de trabajar con gente que experimenta alucinaciones auditivas?

MICHAEL: Como ya mencioné, cuando estas voces son más peligrosas, hablan de manera impactante y persuasiva. En esas ocasiones logran convencer a sus sujetos de que hablan con autoridad, con un conocimiento objetivo; de que hablan de la verdad de la vida y el mundo, de la verdad de la identidad de su sujeto, de la verdad de los motivos de los otros, etcétera. Estas impactantes voces consiguen muchas veces capturar a su sujeto y descalificar sus especiales conocimientos de la vida. Y por lo general esto es traumático e inhabilitante.

En tales circunstancias tiene sentido des-autorizar estas voces impresionantes, inhabilitarlas, y esto puede lograrse por medio de la encarnación de sus «verdades». Nosotros podemos alentar a las personas que están sujetas a estas voces para que les exijan que

encarnen sus propias exigencias, requerimientos, opiniones, actitudes, etcétera. Tal encarnación se logra ayudando a quienes se encuentran en posición de sujeción a situar estas voces dentro de un contexto: el de los propósitos, las experiencias y la historia de esas voces.

KEN: Hablas de las voces como si fueran entidades independientes.

MICHAEL: Así es. De hecho, en este trabajo la desconstrucción de las «verdades» de estas voces puede lograrse mejor personificándolas. O tal vez debería decir que se logra por medio de la extensión de esta personificación, ya que es muy frecuente que las personas que son sujetas a esas voces las hayan personificado antes de nuestra primera entrevista, con la única salvedad de que los propósitos de las voces no son todavía evidentes.

KEN: Muchas personas entienden que tu trabajo incluye principalmente diversos aspectos de las conversaciones de externalización, en las que no sólo se externaliza el problema sino que también se lo personifica de maneras bastante singulares. Esta idea concuerda con la de otros teóricos y clínicos que hablan de voces y «objetos» interiorizados o de representaciones de personas y relaciones significativas en nuestras vidas. Así que tú externalizas los aspectos ocultos y más perniciosos, aspectos de lo que previamente había sido internalizado o introyectado. ¿Esta manera de personificar el problema forma parte regularmente de tu práctica?

MICHAEL: Esta práctica de personificación es sólo una manera más de reformular el problema; y para mí, esta reformulación del problema es un aspecto importante del trabajo que yo hago. Sé que si trabajamos junto con las personas en la re-expresión de los problemas por los que nos consultan, les brindaremos —y nos brindaremos a nosotros mismos— la oportunidad de establecer una apreciación de los aspectos políticos de la experiencia de vida de la persona.

KEN: ¿Cómo procedes entonces, en la práctica, con esta reformulación del problema?

MICHAEL: Sobre todo haciendo preguntas como estas:

- *¿De qué están tratando de convencerte las voces esta vez? ¿Qué quieren hacerte creer? ¿Cómo encaja esto dentro de sus planes generales para tu vida?*
- *¿Cómo esperan las voces que sus afirmaciones, sus «imperativos» afecten lo que tú haces? Si logran imponer su voluntad en tu vida ¿cómo imaginas que eso podría influir sobre la dirección de tu vida?*
- *¿Esas voces están a favor de que tú tengas opinión propia, de que sepas lo que quieres, o están en contra de que tengas tu propia opinión?*
- *Entiendo que estas voces te sumen en la confusión. ¿A quién le sirve esa confusión? ¿Contribuye a tus objetivos de vida, favorece o esclarece tus objetivos?*

Como ves, por medio de preguntas de este tipo es posible establecer distinciones entre los diferentes deseos, propósitos, intenciones, objetivos, etcétera. Estas distinciones permiten que la gente determine hasta qué punto esos deseos y objetivos concuerdan con los designios de las voces dominantes, y hasta qué punto concuerdan con los designios que la persona en cuestión prefiere. Se descubre que hasta la confusión está al servicio de las voces y no al servicio de la persona. Al establecer tales distinciones las personas logran cierto grado de claridad acerca de cuál es su versión preferida de lo que quieren para su vida, y ya no se sienten tan desorientadas y perplejas.

KEN: Estas preguntas me gustan. No sólo externalizan las voces, sino que plantean la cuestión de si ellas sustentan o no las opiniones favorecidas por las personas o alguna otra opinión diferente, muchas veces opuesta a la preferida. Una de las cosas que encuentro atractiva en tu trabajo y tu escritura es la atención que prestas a la política relacional y a las técnicas del poder. ¿Te parece que es posible poner en funcionamiento estas ideas en este ámbito?

MICHAEL: Desde luego que sí. Exponer y describir las tácticas que las voces emplean para lograr lo que logran puede llegar a ser muy útil. Estas tácticas incluyen todos los recursos que permiten privilegiar un conocimiento por sobre otros. Y cuando la suerte está echada, cuando su autoridad está en riesgo, las tácticas incluyen

también diversas formas de abuso, intimidación, subterfugios, traición, mezquindad, etcétera.

KEN: Muy interesante. ¿Hasta dónde estás dispuesto a llegar, hasta dónde quieres extender esta reformulación del problema?

MICHAEL: Quiero reiterar que la influencia de estas voces se apoya sobre los actos de habla consagrados y desencarnados. Ellas llaman la atención sobre los motivos de los otros, y disfrazan los propios. Y al internarnos en la personificación de las voces, abrimos posibilidades para la desconstrucción, el desenmascaramiento de todo esto. Al poner en evidencia los propósitos de las voces, ayudamos a las personas a revisar su relación con sus voces. Esta personificación también nos permite ayudar a la gente a fiscalizar el progreso de esta revisión en su relación con sus voces:

- *¿Puedes decirme cómo están enfrentando las voces esta denuncia? ¿Cómo las afecta que se hable así de ellas, que se las desenmascare a plena luz del día? ¿Crees que esto tiene algo que ver con la reducción o con el aumento de su influencia?*
- *¿Las voces se oponen a este análisis? ¿Las ha inquietado? ¿Para ellas todo esto es amenazante? ¿Cómo están reaccionando ante la amenaza? ¿Tratan de «subir la apuesta»? ¿Qué crees que significa que las voces se sientan amenazadas por nuestra conversación?*
- *¿Cómo es para las voces tener que escuchar tus pensamientos? ¿Cómo es para ellas saber que estás empezando a no respetarlas, que desconfías de ellas, que te has dado cuenta de sus tretas de persuasión? ¿Y cómo afecta todo esto tu posición en tu propia vida? ¿Te sientes en una posición más fuerte o más débil?*

Y así sucesivamente.

KEN: ¿Hay gente que piensa que estas prácticas son muy inusuales?

MICHAEL: Sí. Y además, quiero ser transparente en cuanto al hecho de que estas prácticas han suscitado cierta preocupación. Se ha dicho que yo estoy de algún modo desempeñando un papel en la rati-

ficación de fenómenos alucinatorios, y que por lo tanto soy culpable de reforzarlos. También se ha dicho que el problema que hay con las alucinaciones auditivas es que ya están externalizadas y que las personas necesitan poseerlas, integrarlas. Se ha dicho que las voces de la esquizofrenia representan realmente partes de la persona y que esa persona debe enfrentarlas como propias. Pero esas críticas se basan en las ideas modernas de un «yo» que es el centro y la fuente de todo significado; se basan, en resumen, en un concepto de un yo unitario y esencial. Yo no creo que haya esperanza alguna de sostener esta idea moderna del yo.

KEN: Si he entendido bien, tú alientas a las personas a enfrentarse con las voces. ¿Acaso se trata de algo parecido al trabajo con dos sillas que es corriente en los métodos gestálticos?

MICHAEL: No, en absoluto. Lo que yo propongo es algo opuesto a esos métodos en el nivel de las ideas, el objetivo y la práctica. Como ya dije, el trabajo al que me refiero no está informado por las ideas modernas del yo ni por los conceptos culturales a la moda acerca de los estados de «completud» que podría lograrse a través de la «integración».

Además, nunca hay enfrentamiento. Siempre evitamos las situaciones de conflicto directo con las voces. En las prácticas que describo aquí no hay animosidad. Nunca fomentamos las interacciones altamente emotivas y tensionantes. Eso sería contraproducente. Por el contrario, este trabajo exhorta a cada persona a adoptar la postura de un observador de su propia vida, una postura en la que se convierte en el narrador de los eventos en su relación con las voces. Inicialmente esto ayuda a la gente a acallar las voces, y las compromete en la tarea de ponerlas al descubierto.

KEN: O sea que, en vez de integrar las partes supuestamente «disociadas» de un «yo» único, como podríamos ver en los métodos de la Gestalt y hasta en los enfoques psicoanalíticos, tú trabajas con miras a excluir a las voces de las vidas de las personas.

MICHAEL: El objetivo de este trabajo no es librarse de las voces hostiles sino ayudar a la gente a revisar su relación con ellas, de modo que el grado de influencia de las voces disminuya. Cuando las per-

sonas se encuentran en la situación de sujeción respecto de las voces hostiles, podemos predecir un proceso de deterioro o de recaída. Cuando, por el contrario, se apartan de la posición de sujeción, o cuando las voces pasan a ocupar esa posición, podemos predecir mejoras en la calidad de vida de las personas, y menos recaídas.

No obstante, a medida que el trabajo avanza, es frecuente que las personas empiecen a informarnos de que las voces hostiles se apartan de sus vidas por largos períodos de tiempo. Como este no es un objetivo explícito, consideramos que ese resultado es uno de los beneficios del trabajo.

KEN: Volviendo a lo que decíamos sobre la confrontación, ¿no hay momentos en que la confrontación directa sería conveniente o útil?

MICHAEL: Rara vez, y aun en esos casos, el episodio nunca tomaría la forma de una lucha o un enfrentamiento. Desde luego, a veces las personas experimentan una fuerte tentación de entrar en conflicto cuando las voces tienen sus rabietas, sobre todo cuando ese hecho es precipitado por una amenaza de cambio de la posición de las voces, cuando existe la posibilidad de que las voces pierdan el lugar ganado en la vida de su sujeto. Pero nunca se insta dar una respuesta igualmente hostil. Las personas retroceden, estudian sus documentos de identidad o leen transcripciones de sesiones de terapia, y dejan que las rabietas se agoten solas. Y es a partir de esa posición, desde fuera del conflicto, que las personas toman conciencia de las diversas opciones de resistencia que existen.

KEN: Mencionaste anteriormente que a veces es conveniente ayudar a las personas a diferenciar a las voces alentadoras —o al menos potencialmente alentadoras— de las hostiles. ¿Podrías decirme algo más sobre ese punto?

MICHAEL: Yo creo que a quienes están sujetos a fenómenos psicóticos traumatizantes no les viene mal todo el apoyo que puedan conseguir, aun cuando haya que buscarlo dentro de la experiencia psicótica misma. No es raro que en esas circunstancias las personas informen que algunas de las voces que experimentan parecen estar sinceramente preocupadas por su bienestar, aunque a veces no sean capaces de expresar adecuadamente esa preocupación. Ahora

bien, es posible ayudar a la gente a distinguir más claramente entre las voces amistosas o potencialmente amistosas y las voces hostiles, y a desarrollar una alianza más fuerte con las voces más alentadoras, una alianza en la que puedan llegar a estar mejor informadas acerca de lo que es más conveniente para su vida.

Esas alianzas suelen desempeñar un importante papel en la medida en que brindan a las personas apoyo y la experiencia de la solidaridad. Eso hace a las personas menos vulnerables a la inseguridad que las voces hostiles o dominantes provocan, inseguridad en la que además se apoyan para lograr una posición de influencia en la vida de la persona.

KEN: ¿Cómo logran las personas desarrollar una alianza más fuerte con las voces alentadoras?

MICHAEL: Después de la identificación de las voces que son amistosas, o al menos potencialmente amistosas, es posible ayudar a la gente a reflexionar sobre la índole de esas voces, hasta el punto de que lleguen a asumir la identidad de un amigo invisible.

KEN: Y cuando pueden decir algo acerca del carácter de la voz amistosa, esa voz gana mayor profundidad y complejidad y es más fácil sostenerla y adoptarla. ¿Dirías que esta es una parte clave de tu trabajo?

MICHAEL: No. Es simplemente útil, no esencial. Y por supuesto, hay muchas personas que no experimentan tales voces amistosas o potencialmente amistosas.

KEN: ¿Hay otras maneras de elaborar alianzas que sirvan para ayudar a las personas que son vulnerables a las voces hostiles, a las personas que no experimentan voces amistosas o potencialmente amistosas?

MICHAEL: Sí, muchas. Podemos, por ejemplo, explorar las posibilidades de generar relaciones con amigos invisibles. Es posible trabajar con la gente en la invención de un amigo invisible, y a veces hasta es posible resucitar relaciones con amigos invisibles. ¿Tienes una idea de cuántos niños tienen relaciones con amigos invisibles?

Por lo general los niños son más posmodernos que los adultos en el sentido de que captan mejor la índole multi-relatada de la personalidad. Basta con preguntar. Hay que preguntarles a los niños, o a parientes y amigos adultos, si alguna vez tuvieron amigos invisibles. Te sorprenderá enterarte de que muchísimas personas los han tenido. ¿Y tienes una idea de la diferencia que hace en la vida de un niño tener una relación con un amigo invisible?

KEN: La verdad es que no he pensado mucho en eso.

MICHAEL: Yo tampoco había pensado en eso, pero un día, hace algunos años, en respuesta a una conversación con Cheryl White acerca de los amigos invisibles, empecé a interrogar a la gente sobre el tema. Y tal como Cheryl había vaticinado, las respuestas que recibí me sorprendieron mucho.

KEN: Supongo que los amigos invisibles brindan apoyo y confianza, curan la soledad, etcétera.

MICHAEL: Además, uno puede pasarles la responsabilidad a ellos cuando las cosas se ponen difíciles. Los amigos invisibles son capaces de grandes cosas. Son amables y compasivos y siempre están dispuestos a sobrellevar todo tipo de experiencias con los niños: por ejemplo, sufrir junto con ellos. Seguramente habrás oído hablar de que muchas veces un niño se siente muy confortado cuando los amigos invisibles lo acompañan en alguna enfermedad. Los amigos invisibles le hacen más fácil a un niño aceptar las cosas que tiene que aceptar. Además, los niños les cuentan sus secretos a los amigos invisibles y al hacerlo les dan una voz, en este mundo adulto donde hay tan poco espacio para las voces infantiles.

KEN: Eso me hace recordar la tira cómica que es tan popular aquí, en los Estados Unidos: *Calvin and Hobbes*. Se trata de un chico, Calvin, de unos seis o siete años, y su tigre de felpa, Hobbes. El tigre es muy vivaz y alegre y desempeña un importante papel en la vida de Calvin. ¿Qué relación podrías establecer entre estas ideas y tu trabajo al ayudar a la gente a revisar su relación con las voces que se oyen en la esquizofrenia?

MICHAEL: En esta cultura, en determinado momento se desalientan las relaciones de los niños con sus amigos invisibles. Se considera que esa práctica ha dejado de ser conveniente desde la perspectiva del desarrollo. Sin embargo, hay muchas culturas en las que se preserva la relación de una persona con el equivalente de los amigos invisibles. En esas culturas se reconoce su contribución a la vida de las personas.

En mi trabajo con personas hostigadas por las voces de la esquizofrenia, suelo enterarme de que en su infancia algunas mantuvieron una relación con un amigo invisible. Entonces puedo preguntarles qué significaban para ellas esos amigos, de qué manera hacían aportes beneficiosos a sus vidas, y en qué circunstancias perdieron tal relación. Puedo preguntarles a esas personas qué creían que ellas aportaban a la vida del amigo invisible, y puedo imaginar qué significó la separación para el amigo invisible. Juntos exploramos las posibilidades de un reencuentro y hablamos de que tal reunión podría ser habilitante para ambas partes. Luego elaboramos planes para concretar el proyecto. He asistido a muchos de esos reencuentros, y encuentro que son eventos conmovedores y reconfortantes.

A continuación, las personas pueden intercambiar ideas con sus amigos invisibles y documentar los hábitos de discurso y acción de las voces hostiles, hacer predicciones sobre los futuros intentos de las voces de afirmar su supremacía, planificar una respuesta en equipo, etcétera.

KEN: ¡Todo eso me parece fascinante! Y si bien nos hemos concentrado principalmente en la esquizofrenia, percibo que estas ideas tienen importancia también para muchos otros supuestos trastornos psiquiátricos.

MICHAEL: Así es. Por ejemplo, tomemos las personas a las que se les diagnostica depresión bipolar. Podemos interesarlas en la externalización de conversaciones que tienen el efecto de desconstruir tanto las ideas grandiosas como la voz de la depresión. En el proceso, estas personas experimentan un cierto grado de distanciamiento en relación con las ideas y las voces, descubren que son más capaces de controlar su estado emocional, desarrollar destrezas de intervención para rescatar sus vidas de los efectos desestabilizan-

tes de esas ideas y esas voces, y llegan a ser menos vulnerables a los episodios agudos. Pero esa es otra historia.

KEN: En la entrevista original yo te pedí que hablaras de tu teoría sobre salud/normalidad. Expresaste lo siguiente:

Creo que todas las teorías de la salud y la normalidad son de algún modo problemáticas porque, independientemente de sus orígenes, todas terminan por especificar, prescribir las vidas y las relaciones, y todas se ponen (aunque inadvertidamente) al servicio de la subyugación. No es posible tener una teoría de la normalidad sin una visión positivista y un concepto utópico, y yo no creo que eso sea sostenible. A poco que se reflexione sobre la historia de las ideas de salud / normalidad se advertirá que son sumamente cuestionables.

¿O sea que el trabajo del que hablas se aparta de la mayoría de las concepciones establecidas de salud y normalidad?

MICHAEL: Creo que sí. Pero en cierto modo es muy útil para nosotros saber cómo son las ideas y las prácticas que se originan en estos conceptos de salud y normalidad. Al identificar y esclarecer esas ideas y prácticas, como también los propósitos a los que sirven, las personas se encuentran en mejor situación para determinar las posibilidades de oponerse a lo que esos conceptos les incitan a hacer con sus vidas.

Por otra parte, este conocimiento nos permite trabajar conjuntamente con esa gente en una exploración de aquellos aspectos de sus vidas que ellos podrían ser capaces de apreciar pero que no se ajustan a tales conceptos de salud y normalidad. A medida que algunos de esos aspectos se tornan más visibles y próximos para las personas involucradas, más pueden ellos mantener su negativa a supeditar sus vidas a las ideas y prácticas que están informadas por las ideas dominantes de salud y normalidad.

KEN: ¿Por qué es tan importante identificar y mantener esa negativa?

MICHAEL: Conozco muchas personas con una historia de «esquizofrenia» que perciben que fracasaron espectacularmente en sus in-

tentos de ser una persona, es decir, en sus intentos de aproximarse a las maneras de ser informadas por los conceptos dominantes de salud y normalidad. El resto de la comunidad también suele percibir ese proceso como un fracaso, y esa percepción contribuye a fortalecer el sentimiento de extrañamiento y la marginación que tan agudamente experimentan las personas que tienen historias de «esquizofrenia», «enfermedad maníaco-depresiva», etcétera.

En respuesta a todo esto, muchas personas con diagnósticos psiquiátricos terminan por perder la exigua cuota de reconocimiento moral que se otorga en nuestras comunidades a los otros. Además, casi siempre lo pasan muy mal porque sienten que no «están a la altura», que «no lo logran». Y como si todo eso no fuera suficientemente estresante, también sufren una gran presión por querer construir su vida según lo que especifican los patrones de salud y normalidad aceptados. Viven constantemente «exigidos». Y estas circunstancias son favorables para que se produzcan episodios agudos.

KEN: En cierto modo, todos caemos en eso: evaluar nuestra vida según continuos que van de sano a enfermo y de normal a anormal.

MICHAEL: En efecto. Pero muchos de nosotros tienen más posibilidades que otros de aproximarse a las maneras de ser que se definen como normales y saludables. Muchos de nosotros alcanzamos un relativo éxito en forzarnos a lograr un estado de «autenticidad» —reproduciendo así la «individualidad» tan valorada en esta cultura—, aunque secretamente todos sepamos que no somos tan íntegros como parecemos. Sin embargo, las expresiones psicóticas presentan un anatema para las maneras de ser culturales a las que nos referimos al decir, por ejemplo, «dueño de sí», «independiente», «realizado». En esta cultura las personas que tienen la experiencia psicótica quedan fuera de la competencia en la carrera por lograr precisamente el status de «persona».

KEN: Has hablado de trabajar con la gente para ayudarles a valorar los aspectos de su vida que ellos aprecian pero que no encajan en las ideas dominantes de salud y normalidad. También has hablado de la importancia de interpretar esos aspectos de modo que se los pueda leer como formas de negativa o como actos de resisten-

cia. ¿Esto reabre la «carrera por el status de persona», como lo expresaste?

MICHAEL: Sí. La carrera por lograr versiones alternativas de lo que significa ser una persona.

KEN: ¿Las conversaciones de externalización entran en esta cuestión?

MICHAEL: Sí. Por ejemplo, las diversas ideas y prácticas que se asocian con las ideas dominantes de salud y normalidad pueden externalizarse como «expectativas» y «ambiciones». También se pueden explorar los requerimientos de esas expectativas, sus diversas incitaciones, y los términos que imponen para las vidas de las personas. Esto le permite a la gente separar sus vidas y sus identidades de esas ideas y prácticas, y abre un espacio para que lo que anteriormente había sido interpretado como fracaso, sea reinterpretado como resistencia o protesta. Al separar sus vidas de las formas de ser informadas por las ideas dominantes de salud y normalidad, las personas se sienten en libertad de indagar en otras formas de ser en el mundo.

KEN: Probablemente esa libertad para investigar otras formas de ser reducirá el estrés en la vida de estas personas; y tal vez hasta su vulnerabilidad a futuros episodios agudos.

MICHAEL: Sí, significativamente.

KEN: Estas conversaciones de externalización se generan a través de un proceso de interrogación?

MICHAEL: Sí. Este proceso de interrogación se mantiene a lo largo de todo este trabajo, aun en relación con aquellos eventos que las personas leen como progreso. Por ejemplo: *¿Estás haciendo esto a un ritmo que satisface las expectativas o a un ritmo que te conviene a ti?*

KEN: En *Medios narrativos para fines terapéuticos*, tú y David Eps-ton presentáis numerosos ejemplos de cartas terapéuticas y otros

documentos que ayudan a las personas a reescribir sus vidas de acuerdo con sus historias preferidas. ¿También usas cartas y documentos en este trabajo?

MICHAEL: Sin duda. En épocas de tensión —cuando estamos bajo presión, al enfrentar situaciones de adversidad— todos somos susceptibles de vernos privados de nuestros saberes. En esos momentos solemos experimentar una escasez de respuestas creativas ante las situaciones en que nos encontramos; nuestra usual capacidad para resolver problemas nos abandona, y nuestras opciones para la acción se evaporan. Nuestro foco de atención se hace estrecho y empezamos a perder nuestro sentido de identidad; e incluso a veces, cuando el estrés que sufrimos es particularmente agudo, nos sobreviene algo semejante a la parálisis.

Ahora bien, las personas que han experimentado episodios psicóticos son siempre más susceptibles de verse despojadas de sus saberes y de su sentido preferido de identidad. Y es esa privación la que prepara el escenario para la experiencia de una gran inseguridad personal y una profunda desgracia, y para más episodios agudos. Por lo tanto, para esta gente tiene sentido llevar consigo en todo momento sus documentos de identidad. Se trata de documentos que pueden ser consultados en aquellas circunstancias en que están perdiendo de vista sus saberes, cuando su sentido de identidad está en riesgo.

KEN: ¿Cómo son esos documentos?

MICHAEL: Tienen muchos aspectos y muchas formas posibles. Pueden incluir un relato histórico de la capacidad de la persona para intervenir, en su nombre, en su propia vida. Este relato es una descripción de la agencia personal, una descripción que destaca lo que podríamos llamar el «yo activo». Incluye detalles acerca de lo que la persona ha enfrentado durante el desempeño de esta agencia personal; y con este panorama de fondo, señala la importancia de los pasos que la persona ha dado recientemente con la intención de tener algo más que decir acerca de cómo va su vida.

Estos documentos se asientan en la esperanza; por ejemplo, con frecuencia incluyen detalles acerca de las cualidades de la persona en años anteriores, y algunas especulaciones sobre cómo, cuándo y

en qué circunstancias aquellas cualidades podrían reaparecer y ponerse al servicio de sus planes y sus objetivos. Estos documentos también suelen incluir precisiones sobre todo desarrollo reciente en la capacidad de la persona para resolver problemas.

Como las respuestas de otras personas a las afirmaciones de identidad que se reflejan en estos documentos son de importancia crítica, los documentos suelen hacer una referencia específica a aquellas personas que pueden formar parte de un público adecuado para asistir al relato alternativo de la identidad de la persona en cuestión. La respuesta de ese público posible no queda librada al azar: la redacción de los textos invita a enviar señales de reconocimiento.

Los documentos están siempre a disposición de la persona y son particularmente valiosos en momentos de estrés y durante las crisis. Es en tales circunstancias que las personas afectadas están en peligro de ser despojadas de sus saberes. Para facilitar la consulta, los documentos incluyen un párrafo autorreferencial, otro que desmiente a las voces y las denuncia, y un tercero que insta a la persona a responder a las crisis revisando una vez más sus relaciones con las voces. Pero esto no es todo. Y ahora me gustaría poner un ejemplo de estos documentos.

Bev autorizó la reproducción de este documento aquí porque entiende que eso podría ampliar las posibilidades de otras personas que experimentan voces. Dado que a ella le interesan los comentarios en el caso de que así sea, los lectores de esta transcripción pueden escribirle, si lo consideran apropiado, al Dulwich Centre.

Este documento de identidad fue redactado según los requerimientos de Bev, que no siempre toman esta forma, sino que también pueden ser expresados en forma de una serie de temas.

KEN: Según dijiste, estos documentos están siempre a mano para ser consultados. ¿Podrías explicar eso?

MICHAEL: Sí. No es raro que las personas que me consultan lleven consigo constantemente varios de estos documentos. De este modo, siempre están disponibles para ser consultados. Esto alivia considerablemente la ansiedad de estas personas frente a las pruebas y las tribulaciones de la vida cotidiana y las hace menos vulnerables a los episodios agudos.

Documento de identidad de Bev

En la última semana, en presencia de grandes dificultades, Bev fue capaz de resistir, y al enfrentar un gran desafío encontró los recursos para estar a la altura de las circunstancias. De este modo ella llegó a controlar la situación y recuperó el territorio de su propia vida. Por haber pasado esta importante prueba, Bev se asignó a sí misma seis puntos sobre diez; Michael le dio siete sobre diez; y Rosie, siete sobre diez (Bev había solicitado esta evaluación).

Al reflexionar sobre este logro para determinar de qué clase de cualidades personales dependía Bev, vienen a la mente de inmediato la PACIENCIA y la FUERZA. Bev ha contado con estas cualidades históricamente y se ha apoyado en ellas para superar los momentos difíciles. El hecho de que resurjan ahora es motivo de celebración.

Bev también ha contado históricamente con otras cualidades, entre ellas FORTALEZA, CORAJE, RESISTENCIA y FIBRA. Es de esperar que estas también resurgirán y que Bev podrá ponerlas en acción en más desafíos a la falsa autoridad de las voces. Todas las cualidades hasta aquí mencionadas debieran ser apreciadas por la madre, el padre y las dos hermanas de Bev.

Además, acontecimientos recientes señalan el desarrollo de ciertas capacidades personales enteramente nuevas. Estas capacidades pertenecen al ámbito de la CAPACIDAD DE PEDIR AYUDA, la AUTOAPROBACIÓN y la AUTOCOMPREENSIÓN. La madre de Bev y sus hermanas deberían estar encantadas con esta noticia y deberían reconocer la importancia de este logro personal.

Existen también otros indicios de que Bev está superando la aflicción que ha sentido durante tanto tiempo en relación con la muerte de su padre. Esto es significativo porque ella se da cuenta de que la imagen de su padre debe ser importante pero no debe dominar su vida.

Como la verdad desarma e inhabilita a las voces hostiles, cada vez que ataquen a Bev ella les leerá este documento. Esto las confrontará con su falsedad y con la mezquindad de sus afirmaciones y las instará a ocupar un lugar secundario en su vida.

KEN: Aparentemente muchas de las ideas y prácticas de que has hablado ayudarían realmente a estas personas a dejar de considerarse seres fracasados. Tienen a mano la prueba por escrito de un relato alternativo de su vida. Pero yo me pregunto qué pasa cuando atraviesan una crisis tan aguda que deben ser hospitalizadas. ¿Qué sucede en tal caso?

MICHAEL: Tienes razón al señalar el énfasis que pongo en reducir las posibilidades de que las personas se perciban a sí mismas como fracasadas. En nuestra cultura las oportunidades de experimentar el fracaso son innumerables y están siempre presentes. Y como ya dije, algunas personas son más vulnerables que otras, y para ellas la experiencia del fracaso incrementa significativamente su vulnerabilidad a lo que se conoce como «recaídas». Esto tiene consecuencias devastadoras para su calidad de vida y para su vida en general.

A la luz de estos hechos, se entiende que asumamos el compromiso de que los contextos de nuestro trabajo se estructuren con miras a reducir las posibilidades de que la gente pueda interpretar como fracaso sus respuestas ante el mundo. Esto se aplica tanto al contexto de la hospitalización como a cualquier otro. Lamentablemente, los marcos de admisión establecidos en la mayoría de las internaciones en hospitales psiquiátricos indican que los eventos que precipitan la hospitalización deben ser leídos como una regresión. Las personas son internadas en el hospital porque tienen «ataques», porque «se descompensan», etcétera. Después de la internación, los hechos de las vidas de esta gente se interpretan de maneras que tienen connotaciones principalmente negativas. Interpretar como recaídas las crisis que precipitan la internación en el hospital produce desesperación, desmoralización y, desde luego, sufrimiento, tanto para la persona afectada como para familiares y amigos. Muchas veces los parientes y los amigos se sienten culpables por no haber «actuado mejor» o por no haber sido capaces de ayudar más. Además, las connotaciones negativas que se asocian con la internación hospitalaria alimentan en todos los involucrados un sentimiento de desesperanza ante el futuro, y un terror que se basa en las predicciones acerca de la índole desgastante de las experiencias que les esperan en su relación con la persona hospitalizada. De modo que interpretar como regresivas las crisis que precipitan la internación es algo que tiene efectos profundamente ne-

gativos sobre la vida y las relaciones de todas las personas involucradas.

KEN: Pero al proponer una historia alternativa sobre la internación en el hospital, ¿no estás acaso sugiriendo que la hospitalización debe ser entendida como algo digno de ser celebrado?

MICHAEL: No, de ningún modo. Y en esos momentos de crisis es importante que se reconozca adecuadamente el sufrimiento de las personas. Pero yo creo que la sensación de fracaso y las correspondientes experiencias de desesperanza y desmoralización, que con tanta frecuencia son el resultado de las intervenciones de este tipo, no son en modo alguno inevitables. De hecho, creo que en la mayoría de los casos esas experiencias son evitables. Podemos, entonces, establecer marcos de admisión diferentes para esas internaciones, marcos que informen las interpretaciones alternativas de las crisis que precipitan la internación, que generen desenlaces más positivos para todas las personas involucradas, que disminuyan las posibilidades de que la gente experimente desesperación, desmoralización y sensación de fracaso.

Así, lo que sucede es que en tanto las experiencias de sufrimiento asociadas a los eventos que llevan a la hospitalización y también a la hospitalización misma, pueden ser fuertemente reconocidas, los significados asociados con la internación quedan abiertos a la negociación. En realidad, independientemente de la situación, esos significados se negocian siempre, y los significados específicos que se derivan de esto tienen un efecto absolutamente significativo sobre el desenlace.

KEN: ¿Podrías poner un ejemplo de uno de esos marcos de admisión alternativos a los que te refieres?

MICHAEL: La metáfora del «rito de pasaje» brinda uno de esos marcos.¹ Mi interpretación de esta metáfora deriva del trabajo de los

1. Esta metáfora ya ha sido empleada con propósitos similares para modificar los marcos de admisión para la internación domiciliaria (véase Menses & Durrant, 1986).

antropólogos van Gennepe (1960) y Turner (1969). Según esa obra, hay tres fases de los ritos de pasaje que facilitan las transiciones en la vida. Esas fases son: la de «separación»; la «liminal» o «ni lo uno ni lo otro»; y la de «reincorporación».

Este no es el lugar adecuado para comentar en detalle la obra de estos antropólogos, que trata fundamentalmente de las estructuras que facilitan las transiciones en las vidas de la gente en las culturas tradicionales. Por lo tanto, me limitaré a hacer algunos comentarios acerca de su metáfora del rito de pasaje.

Según esta metáfora, la primera fase de un rito de pasaje facilita, a través de un proceso ritual comunal, la separación de un novicio de determinada posición y ubicación dentro del orden social; o dicho de otro modo, de determinado «estado» de la vida. En la segunda fase, el novicio ingresa a un espacio que está entre mundos conocidos, en el que nada es como era, un espacio que representa una condición primaria de la ambigüedad, en el que habrá de experimentar considerable confusión y desorientación. Todo lo que el novicio había dado por sentado hasta entonces ha dejado de serlo. Luego, después de cierto período de tiempo, se considera que el novicio está preparado para volver al mundo familiar, pero en una posición diferente dentro del orden social, una posición que acarrea nuevas responsabilidades y libertades, nuevos hábitos de pensamiento y acción. Es la fase de la reincorporación, y en las culturas tradicionales está señalada por el reconocimiento de la comunidad por medio de cierta ceremonia. El novicio ya no es un novicio, sino que ha arribado a una posición en la vida que hasta entonces estaba fuera de su alcance. El reconocimiento de la comunidad desempeña un papel muy importante en la confirmación y la autenticación de las nuevas afirmaciones de identidad asociadas a la reincorporación.

Si tomásemos esta metáfora como un marco de admisión para la hospitalización, la admisión sería llamada despedida; y la despedida pasaría a ser llamada admisión. En el momento de la hospitalización puede suponerse que la persona está siendo despedida de cierta posición o ubicación en el mundo social que ya no era apropiada para que ella la ocupara, y este hecho informaría una serie de preguntas acerca de aquello de lo que la persona podría estar apartándose en términos de expectativas, roles, responsabilidades, deberes, obligaciones, hábitos de pensamiento y acción, ad-

hesiones, circunstancias o condiciones de vida, etcétera, que por ciertas razones ya no serían apropiadas o aceptables. Como el estrés es un aspecto fundamental en la aparición de los episodios agudos, muchas de estas preguntas pueden orientarse a la identificación de lo que podría haber estado ejerciendo presión sobre la vida de la persona, de lo que había estado llevándola más allá de lo adecuado para ella.

Las preguntas de este tipo pueden ser formuladas en una reunión de familiares y amigos en el momento de la internación. A veces la persona que está atravesando la crisis aguda no puede estar «presente» para la reunión. En tal caso, las respuestas probables a las preguntas pueden ser consultadas con la persona en el momento en que está «disponible».

KEN: Me imagino que la metáfora del rito de pasaje como la usas aquí podría hacer una importante diferencia en la manera en que las personas entienden su hospitalización y la fase de la «internación».

MICHAEL: Esta metáfora brinda una reinterpretación de la confusión y la desorientación que casi rutinariamente experimentan las personas en estos momentos de crisis, ya que supone que la fase de la «internación» es liminal o «ni lo uno ni lo otro». Las personas pueden llegar a apreciar el hecho de que siempre hay alguna distancia entre el punto de separación de algo y el punto de arribo a otra cosa. Y pueden también llegar a comprender que en este espacio lo único razonable es esperar un considerable grado de confusión y desorientación. Dentro del contexto de este marco de admisión, estas experiencias no son ya leídas como regresión o retroceso sino como el desenlace inevitable del hecho de trasladarse a un nuevo lugar en la vida.

Para facilitar esta lectura de la experiencia durante el período de admisión, el equipo suele pasar cierto tiempo con la persona, sus familiares y sus amigos explorando: a) de qué podría estar separándose la persona hospitalizada; b) qué circunstancias de la vida podrían ser más convenientes para ella y más favorables para su calidad de vida; y c) las claves que podrían brindar algunas reflexiones acerca de las formas de vida a las que la persona podría ingresar al completar esta transición.

KEN: Entonces ¿el egreso del hospital sería la «fase de reincorporación»?

MICHAEL: Sí. Y entonces se puede invitar a familiares, a amigos y relaciones, y al equipo, para otra reunión que se describe como reunión de re-admisión. En esta ocasión se le ofrece a la persona la oportunidad de hablar como autoridad de su propia vida y de describir su travesía, incluyendo información acerca de lo que se ha esclarecido para ella con respecto a las circunstancias que podrían contribuir a mejorar su calidad de vida y que más le convendrían como persona. En este contexto, se motiva a los otros presentes para responder de modo que quede explícito un reconocimiento del status de la persona como autoridad en su propia vida, un reconocimiento de sus saberes. Además, se insta a todos los presentes en estas reuniones a explorar cualquier alteración que pudiera ser necesaria en sus relaciones con la persona, a fin de adaptarse a esos cambios.

KEN: ¿Cómo afecta esto el curso de las hospitalizaciones que muchas personas atraviesan?

MICHAEL: En los casos en que pude estructurar esta suerte de contexto para la admisión, lo que no sucedió con la frecuencia que me hubiera gustado, se redujo la duración y el número de los ingresos al hospital. Pero la muestra es pequeña y yo no he tenido ocasión de hacer un seguimiento en los últimos años.

Al establecer este marco de recepción alternativo se produce un efecto importante: la gente aprende a leer de un modo diferente sus experiencias de angustia y confusión. Y esto les permite responder de una manera distinta a sus experiencias más leves de fenómenos psicóticos: las que no precipitan la hospitalización. Esas experiencias llegan a significar una fase liminal, que les abre a las personas la posibilidad de avanzar hacia la determinación de un estilo de vida que les convenga. Esto disminuye significativamente la desesperación, la inseguridad y el pánico, que intensifican la experiencia psicótica. En lugar de la desesperación, la inseguridad y el pánico, asistimos al desarrollo de un cierto sentimiento de curiosidad acerca del desenlace de la transición y de la clase de esperanza que ayuda a las personas a superar estas crisis.

KEN: ¿Y qué sucede con las siguientes hospitalizaciones, si las hay? ¿Acaso tenderían a socavar la validez de esta metáfora de rito de pasaje?

MICHAEL: No, si son anunciadas, algo que es razonable. La idea de que la vida se compone de una serie de transiciones no es en absoluto novedosa en nuestra cultura. Y puede darse abiertamente por sentado que las personas que han experimentado la hospitalización en un contexto informado por la metáfora del rito de pasaje superarán las posteriores transiciones marcadas por las fases de separación, liminalidad y reincorporación. Y si las circunstancias de esas hospitalizaciones son favorables, se genera un buen contexto para la negociación de estas fases liminales en la vida de una persona.

Así, cuando una persona tiene un historial de numerosas y frecuentes internaciones, a veces resulta sensato sentarse y conversar sobre la conveniencia de programar las futuras admisiones o internaciones, antes de que se produzcan los episodios psicóticos. Esa programación puede realizarse revisando las admisiones previas para determinar el promedio de tiempo transcurrido entre una y otra, y programando la admisión con un pequeño margen de antelación a la fecha probable.

KEN: ¿Qué sucede durante esas admisiones? ¿Cómo están estructuradas?

MICHAEL: Exactamente de la misma manera que las que ya discutimos. Se ve a la internación como una oportunidad de tomarse cierto tiempo para revisar la propia vida, con el propósito de determinar qué aspectos podrían ser incompatibles con las formas de vida que más le convienen a la persona. Esto brinda la oportunidad de identificar qué circunstancias de vida podrían ser estresantes y de cuáles de ellas la persona estaría dispuesta a apartarse.

KEN: ¿O sea que esto no significa que la persona termina por ser hospitalizada con mayor frecuencia?

MICHAEL: Todas las prácticas terapéuticas que hemos estado reseñando en esta entrevista tienen la capacidad potencial de reducir

el número de ingresos al hospital. Y ello se aplica también a la práctica de las admisiones programadas a que he hecho referencia. En realidad, el tipo de admisión hospitalaria que yo propongo actúa en contra de los episodios agudos. Y a medida que la persona experimenta menos episodios incapacitantes, empieza a modificar la agenda, acortando la duración de las internaciones y alargando el intervalo entre ellas.

KEN: ¿Hasta qué punto es realista creer que los hospitales psiquiátricos se interesarán por estas ideas y llegarán a poner en práctica algo que literalmente invierte los procedimientos que han usado hasta ahora?

MICHAEL: Creo que hay grandes probabilidades de lograrlo. Hay muchos directores y administradores de instituciones que están buscando alternativas viables a las prácticas establecidas de hospitalización, alternativas que posiblemente contribuirán a mejorar la calidad de vida de las personas receptoras de sus servicios y enfrentarán los altos niveles de malestar y desmoralización que experimenta el personal.

KEN: Aquí en Estados Unidos las compañías de seguros tienen mucho que decir sobre los tratamientos en general, incluyendo las entradas al hospital y la duración de las internaciones. ¿En qué medida estas circunstancias afectan la práctica que tú promueves?

MICHAEL: Realmente no conozco a fondo los detalles de lo que sucede en este campo, así que no puedo hacer más comentarios. Obviamente, lo que aquí propongo podría beneficiar tanto a las compañías de seguros como a todas las otras partes involucradas. Pero ignoro la actitud de las aseguradoras.

KEN: En esta entrevista, tus respuestas a mis preguntas han transmitido muy vívidamente las posibilidades de que disponen los profesionales de la salud mental en este trabajo. ¿Pero qué opción tienen los profesionales que quieren adoptar las prácticas de que has hablado pero no cuentan con el respaldo de sus instituciones o no ocupan posiciones de poder?

MICHAEL: Rara vez las instituciones de nuestra cultura logran establecer estados de dominación absoluta. Debido a ello, en la mayoría de las instituciones es posible hallar brechas a través de las cuales los trabajadores pueden expresar sus convicciones. Y al aprovechar esas brechas, todos podemos desempeñar un cierto papel en la transformación de las instituciones para las que trabajamos.

Podemos ignorar los límites arbitrarios impuestos por estas instituciones, podemos ir al encuentro de las personas y alentarlas a establecer distinciones entre las maneras de hablar de sus vidas que reconocen y respetan sus conocimientos y las que los marginan y descalifican. Podemos unirnos a esas personas y elaborar ideas para informar a las instituciones y reclamar su activa participación en el desarrollo de prácticas que las personas involucradas consideren más habilitantes para ellas. Yo he visto a los «consumidores» de servicios psiquiátricos asumir este rol educativo con una gran dosis de benevolencia y simpatía por el personal de la institución.

KEN: Ha sido una entrevista larga y tal vez deberíamos ir cerrándola. ¿Querías hacer algunos comentarios finales?

MICHAEL: Sí. A pesar de que la entrevista fue prolongada, todo lo que hemos conversado es sólo una parte de nuestro trabajo. Hay otros aspectos y otras cuestiones.

KEN: ¿Quieres agregar algo brevemente?

MICHAEL: Sí. El apoyo de la comunidad a las personas con diagnósticos psiquiátricos es una consideración de la mayor importancia. Para los lectores que quieren revisar este aspecto y para quienes todavía no han comenzado, sugiero consultar «Invisible Village» (1989), de Chris Beels. Es un excelente punto de partida.

KEN: He disfrutado mucho esta entrevista, Michael. Creo que gran parte de lo que dijiste constituye un cuestionamiento de las diversas maneras en que los llamados «pacientes psiquiátricos» son rotulados, eludidos, clasificados, castigados, marginados, o según tus palabras, subyugados. El uso de este último término le da a todo el

proceso un matiz político, y es precisamente eso lo que de manera tan renovadora nos has hecho notar. Gracias.

MICHAEL: Yo también celebro haber tenido la oportunidad de renovar mi contacto contigo y de analizar más a fondo este trabajo.

Bibliografía

- Beels, C. C. 1989. «The invisible village», en Beels, C. C. y Bachrach, L. L. (comps.), «Survival strategies for public psychiatry», vol. 42 (verano), págs. 27-40, de *New Directions for Mental Health Services*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Menses, G. y Durrant, M. 1986. «Contextual residential care». *Dulwich Centre Review*. Adelaida, Dulwich Centre Publications.
- Turner, V. 1969. *The ritual process*. Nueva York, Cornell University Press.
- Van Gennep, A. 1960. *The rites of passage*. Chicago, University of Chicago Press. [Los ritos de paso, Madrid, Taurus, 1986]