

El pleno restablecimiento psíquico parece posible y dependería del tratamiento. La revolucionaria promesa de “Diálogo abierto”

Carlos E. León

*Doctor en Psicología. Psicoterapeuta
E-mail: cleon@ccpp8g.org*

Resumen

Presentamos un avance importante en psiquiatría y respecto al fenómeno de la recuperación. Los estudios comparativos entre el Diálogo Abierto (DA) y los tratamientos corrientes de la esquizofrenia y otras psicosis no afectivas, señalan una importante diferencia de resultados a corto y largo plazo, a favor de este enfoque originario de Laponia occidental. Esto sugiere que el tratamiento DA potencia la recuperación durable. El pronóstico de la recuperación dependería principalmente del tratamiento recibido, y no sería ni necesariamente parcial ni dependiente de una misteriosa cualidad personal. Resaltamos el cambio epistemológico consecuente respecto a la recuperación y a la visión oficial de los problemas psíquicos. Para ello, hacemos un breve recuento del concepto de recuperación, originario de la América del Norte en los años 70, basándonos también en su influencia en los países de Europa, en particular en Suiza, a partir del trabajo de un grupo de asociaciones de usuarios y ex usuarios de la psiquiatría, familias y profesionales sociales y de la salud mental (Le GREPSY). Tradicionalmente la recuperación es un tema polémico, que ha generado tensión y conflicto entre los pacientes y la psiquiatría. El Diálogo Abierto concretiza además una solución satisfactoria, trabajando en un “nivel-meta”, donde las opciones concernientes al tratamiento se deciden en una verdadera colaboración.

Palabras clave: Diálogo Abierto - Recuperación - Psicosis - Salud mental - Innovación en psiquiatría - Psiquiatría social.

FULL RECOVERY SEEMS POSSIBLE AND WOULD DEPEND ON TREATMENT. THE REVOLUTIONARY PROMISE OF OPEN DIALOGUE

Abstract

We present an important advance in psychiatry regarding the phenomenon of recovery. Comparative studies between Open Dialogue (OD) and current treatments of schizophrenia and other non-affective psychoses point to an important difference in short and long-term results in favor of this approach developed in Western Lapland. This suggests that OD treatment enhances durable recovery. The prognosis of recovery would depend mainly on the treatment received, and would not be necessarily partial or dependent on a mysterious personal quality. We emphasize the consequent epistemological change regarding the recovery and the official view of the problems in mental health. To do this, we briefly recount the concept of recovery, originating in North America in the 1970s, also based on its influence in the countries of Europe, particularly Switzerland, based on the work of a group of user associations and former users of psychiatry, families and social and mental health professionals (Le GREPSY). Traditionally recovery is a controversial issue, which has generated tension and conflict between patients and psychiatry. The Open Dialogue also provides a satisfactory solution, working at a “higher level”, where the options concerning the treatment are decided in a real collaboration.

Keywords: Open Dialogue - Recovery - Psychosis - Mental health - Innovation in psychiatry - Social psychiatry.

El enfoque de *Open Dialogue* (Diálogo Abierto - DA), originario de Laponia, resulta de más de tres décadas de investigación y de práctica para mejorar y adaptar lo más humanamente posible el tratamiento de los problemas de salud mental. El Diálogo Abierto integra: un tratamiento precoz y un seguimiento en colaboración con la familia y los recursos de las redes sociales naturales del paciente y sus seres queridos, dando una significación social a los síntomas, con la participación activa de la persona en las decisiones y con el apoyo de un equipo interdisciplinario sin jerarquía decisional, que permite un diálogo abierto entre todos los participantes (1, 2).

Sus resultados permiten afirmar hoy sin ambigüedad que recuperarse de los problemas psicológicos graves es posible. La recuperación (*recovery*, en inglés, y *rétablissement*, en francés) no tiene por qué significar estar sometido a un sufrimiento que se instala. No sería, como se pretende decir de "forma optimista", una manera de vivir lo mejor que se pueda con los síntomas y las deficiencias incurables. Con el DA, la recuperación puede ser un camino real por el que se pasa naturalmente como consecuencia de una forma de intervención integral respondiendo a las necesidades del usuario y su entorno social.

La importancia terapéutica del Diálogo Abierto es incontestable. Este enfoque representa actualmente el mejor resultado en occidente para la curación de los trastornos emocionales y la psicosis (3). Los seguimientos muestran, por ejemplo, que 85% de los pacientes que reciben este tratamiento (contra 30% de otras formas de intervención), no presentan síntomas y continúan una actividad normal de trabajo o estudios. A estas personas se les ayudó evitándoles largas hospitalizaciones, recaídas, el aislamiento, la exclusión, una mayor necesidad de medicación, la cronicidad y la pensión de invalidez por hándicap psíquico (4-7). Tales resultados representan un reto mayor para cualquier otra forma de tratamiento.

Pero si los resultados del Diálogo Abierto brindan esperanza, demostrando que el pronóstico de la curación depende del tipo de ayuda que se recibe, ellos cuestionan de hecho los presupuestos tradicionales acerca de la "enfermedad" mental, que reducen las situaciones de vida complejas a "la estructura" o a "las alteraciones del cerebro" y proponen un tratamiento basado en la medicación y la hospitalización.

Efectivamente, el Diálogo Abierto presta atención a la vida humana en su totalidad, en el contexto social que rodea al individuo, en sus situaciones traumatizantes y desencadenantes de problemas relacionados con la salud mental. Este impacto recíproco entre salud mental, el entorno y las redes sociales es conocido (8). Luego, trabajando río abajo, este enfoque obtiene la recuperación considerando la persona en su propia entidad y evitando agregar exclusiones y traumatismos posibles asociados al tratamiento (9), sin focalizarse en los síntomas, sin agruparlos en una categoría, sin agregar un estigma de invalidez y de identidad en forma de diagnóstico.

El elemento central del tratamiento es generar un diálogo, focalizar en la intervención inmediata de la crisis, si es posible a domicilio, trabajando en un equipo

pluridisciplinario sin jerarquía decisional, dando voz y voto al paciente y su red social sobre la definición de los problemas, de los dilemas, de los traumatismos y de los tratamientos posibles a seguir. Este enfoque general se adapta a la historia del paciente, la situación de la familia, y a las experiencias que desencadenan la situación.

La variación de situaciones es amplia y el DA puede integrar todos los otros tratamientos. Las diversas formas de terapia pueden encontrar allí un lugar, según cada situación y elección hecha en conjunto. Este cuadro general de intervención psicosocial relativiza los sistemas que reducen todo a los síntomas y la medicación. El DA es psiquiatría social en un cuadro abierto de integración terapéutica (1).

Por otra parte, el concepto de recuperación que abordaremos a continuación, ha sido muy debatido por la enseñanza oficial. Se le considera como un camino de "reconstrucción posible" y, en el mejor de los casos, "parcial". La recuperación es un término asociado y en condición de subordinación al concepto de la supuesta enfermedad de origen orgánica.

Con el DA, la recuperación resulta de un proceso social ligado a las técnicas de intervención. Las estadísticas de recuperación varían según el tratamiento (1-7). Tal contribución, en un terreno tan difícil como el de la salud mental, permite repensar la cuestión de la recuperación de la persona. Recuperarse de la crisis psicótica o de estados emocionales fuertes pierde en consecuencia y afortunadamente su aspecto contingente. Esto permite una ruptura epistemológica radical. Poniendo frente a frente estos términos, recuperación y tratamiento, se modifica radicalmente la visión de la recuperación. La recuperación dependería de las intervenciones específicas de tratamiento, los mejores resultados actuales siendo los obtenidos con este tipo de intervención social que es el DA (1, 2, 4-6).

La recuperación

El "*recovery*" designa a la vez un concepto, un movimiento iniciado por los ex usuarios de la psiquiatría, y una experiencia personal de regreso a la vida después de un periodo extremo de angustia, miedo, confusión, delirio, dolor interior. Hace parte de una familia de conceptos: la resiliencia, la autodeterminación, el desarrollo personal, la autorrealización, el poder sobre sí mismo. Diferentes formas de expresar una misma idea en psicología humanista: todos somos poseedores de un importante potencial psíquico, emocional y relacional que es la base de nuestras capacidades de auto-curación (9, 10). Ese don, según las circunstancias y según el tratamiento, puede perderse, bloquearse, dormir o vibrar intensamente en nosotros.

El recuperarse de las crisis psicológicas ha sido hasta hoy un sueño para millones de personas padeciendo grandes dificultades psíquicas, siguiendo o no un tratamiento, estancadas sin solución en tales estados de sufrimiento. Considerando que la experiencia personal de la pérdida del control y de recuperación son realidades

únicas, personales e individuales, ¿tales experiencias particulares de recuperación son reservadas a personas con un don especial? ¿Recuperarse es posible ejerciendo su propio poder de auto determinación? ¿Cómo conjugar sus propios recursos con los servicios de atención sanitaria sin que se cree una dependencia?

Las respuestas a estas preguntas varían según tres formas tradicionales de recuperación, existentes antes de la proposición del Diálogo Abierto:

1. La primera proviene de la propia voz, de los testimonios escritos de aquellas personas que, teniendo una experiencia similar, lograron al final continuar su vida de manera satisfactoria. Cada una de las personas recuperadas sería un verdadero "case-based evidence".
2. La segunda fuente de esperanza para la recuperación proviene de los grupos de pares, intercambiando vivencias entre "camaradas de infortunio", que pasaron por la experiencia y lograron al cabo del tiempo y con mutua ayuda, volver a vivir una vida con calidad (11, 12).
3. Otra forma de esperanza ha sido la integración de programas de recuperación en las unidades psiquiátricas (13, 14, 15). Esta recuperación se efectúa al interior de un sistema de salud que asume entonces una parte importante de la autodeterminación que le correspondería a la persona, con el riesgo de crear dependencia y cronicidad.

Al centro de estas opciones se encuentra el reconocimiento de la autodeterminación del paciente respecto al poder de los servicios de salud. Solo que, en 40 años, la recuperación y la institución negocian todavía los términos que legitimarían su relación. Están encerradas en un impase. El mensaje nuevo, libertario y lleno de promesa que trae el Diálogo Abierto, es que para recuperarse no es necesario posicionarse ni en el conflicto abierto ni en la negociación desigual con la institución. Veamos por qué.

1. La experiencia personal de la recuperación

El recuperarse de un grave trastorno psicológico ha sido un tema controversial desde los años 1960, cuando se inicia el cambio de la desinstitucionalización en psiquiatría. En el contexto social de esos años, se lucha por el reconocimiento de los derechos civiles de los grupos minoritarios. La evolución de la forma de tratamiento asilar hacia un modelo social y comunitario hace parte de ese movimiento. Foucault (16) denuncia las relaciones entre el poder, las prácticas en las instituciones, las formas de conocimiento que las justifican, en apariencia neutras, reducidas en realidad a "instrumentos de control social". Terapia y moral, cura y adaptación al medio, se mezclan. En ese primer tiempo, el deseo de dar una atención más digna y eficaz a las personas que sufren una "enfermedad mental" propone integrarlas a la comunidad. El propósito se expresa en un tono muy reivindicativo. La contestación prima, el ambiente no

permite el diálogo y se producirá una escalada entre la institución y los usuarios (12).

Los primeros testimonios modernos de recuperación están, entonces, condenados a rebotar en el cuadro epistemológico del experto. Son considerados como experiencias anecdóticas, una voz marginal, profana, en contradicción con el sabio pensamiento profesional. Tales testimonios denuncian, además, el papel de éstos, sus prácticas y creencias. Desafían a lo largo del tiempo las formas violentas de tratamiento, cargadas de autoridad, abuso y paternalismo. La recuperación contesta, en hecho, la pretensión del experto formado para defender prácticas y dogmas como ese que dice que «la enfermedad mental es de origen biológico y de por vida, incurable». Se critican los tratamientos que disminuyen el poder de la persona para recuperar el control de su vida por su propia cuenta.

Los testimonios describen cómo al sufrimiento de la experiencia psíquica se agregan traumatismos que podrían evitarse, provenientes de las formas de cuidado generalizadas en formas de tratamiento estándar, y las consecuencias sociales prejudiciales de identificarse y llevar consigo un diagnóstico de enfermo mental incurable (17).

Tal situación recuerda un precedente interesante. En 1830, T. Perceval relata su toma de control sobre las voces, espíritus y presencias que lo condujeron a su encierro en un asilo de locos. Al recuento de la pérdida de la razón y su recuperación, se agregan toda una serie de comentarios respecto a la forma como fue tratado en su periodo de encierro. Como si al choque de "la experiencia psíquica" se agregaran traumatismos provenientes de tratamientos que le fueron infligidos.

Perceval lucha contra sus demonios, pero también contra la institución que se encargó de él en sus momentos difíciles. El será un militante de primera hora, como secretario de la "Alleged Lunatics' Friend Society". El resto de su vida, después de haber sido oficial de la armada británica, estará consagrado a defender la causa de sus «compañeros de infortunio lunático», ejerciendo la abogacía por una protección indispensable de la persona contra el encierro, las experiencias médicas sin consentimiento, los tratamientos invasivos, y el derecho a comunicarse con el exterior. Sus pedidos hacia los políticos por un cambio en el sistema no tendrán ningún éxito (18).

2. El movimiento de "Recovery" y el trabajo entre pares

- La experiencia de Perceval es increíblemente moderna. Contiene tres pilares del movimiento de los ex usuarios de la psiquiatría reunidos en los años 80, en torno al tema de la recuperación y la autodeterminación:
- Derecho al reconocimiento que la propia experiencia de "recuperación" es un hecho inestimable, innegable y posible para las personas con dificultades psicológicas.

- “El loco” debe ser considerado como un ciudadano, hay un riesgo de reducción de su identidad a una categoría diagnóstica que estigmatiza su condición.
- Él tiene sus derechos y necesita de la sociedad para recuperarse. La persona con dificultades tiene su voz propia que amerita ser escuchada.
- El activismo cívico y solidario entre compañeros de infortunio, es defensa de derechos humanos contra ciertos tratamientos y condiciones y en si una forma de recuperación.

Frente a tales reclamaciones, en estos años de cambio, el experto no puede ver allí otra cosa que comportamientos subversivos atacando la autoridad del conocimiento oficial. Difícil en ese caso validar cualquier recuperación posible. Los ojos del experto, centrados exclusivamente en el individuo deficitario, se permiten ignorar las voces provenientes del «interior de la experiencia psíquica de recuperación». Imposible imaginar que la persona pueda tener recursos propios. Los procesos de auto-curación son ignorados profesionalmente (12).

Sin embargo, las narraciones auto-biográficas van a multiplicarse y propagarse; cada narrativa se erige en monumento a la capacidad del humano a ser humano, en su lucha por permanecer en su verdadera condición de ser, en cualquier situación. A este respecto pueden consultarse en Wikipedia, por ejemplo, los testimonios conmovedores y extraordinarios relativamente recientes de J. Chamberlin, T. Chabasinski, L. Roy Frank, activistas, creadores y miembros de las primeras asociaciones de ex pacientes (19).

A lo largo de los años 80, prima entonces la descalificación recíproca entre las dos visiones, la del tratamiento institucional y la de la auto-curación. Pero dos aspectos anuncian un cambio. En primer lugar, los pacientes mismos llegan en este periodo a organizarse en grupos de auto-ayuda y militan exigiendo el reconocimiento del potencial y la experiencia de la persona para salir del paso. Ignorados inicialmente por las profesiones de la salud, la recuperación hará camino independiente como concepto alternativo a la institución. Los testimonios en nombre propio servirán de base para defender los tres pilares de la recuperación que hemos nombrado, con la auto-determinación situada en el centro del problema.

Desconozco la influencia de este «movimiento de *recovery*» en América Latina, sin ignorar en nuestros países la importancia paralela de los trabajos de resiliencia con comunidades, con familias, víctimas, familiares de mártires, pedagogías del oprimido y espacios generadores de diálogo en condiciones paupérrimas, con otras formas de violencia institucional (por ejemplo, 20, 21). En los países anglosajones, en Europa, se consolidan diversos movimientos de defensa de derechos de pacientes.

En segundo lugar, la influencia de un enfoque psicosocial integrando la persona en su contexto, criticando un contexto social malsano, permite la creación de

grupos terapéuticos alternativos, híbridos, entre usuarios y/o simplemente grupos autónomos de auto-ayuda entre ex pacientes. Algunas de esas experiencias bien conocidas son la «Asociación de Philadelphia» de R.D. Laing en Inglaterra; la Comunidad Soteria en los Estados Unidos, donde hay más empleados ex pacientes que profesionales en cargo de las decisiones y la terapia; el Movimiento Internacional “Hearing Voices” que es fundado en Holanda; el Psitriólogo, nacido en Hamburgo de una colaboración entre el médico y el paciente para escucharse y comprenderse mutuamente (22, 23).

En estas experiencias participativas, se escuchan con sinceridad, respeto y sin debate, las diversas realidades del paciente, los familiares y los profesionales; se busca la comprensión de la «experiencia psíquica» sin las barreras de poder inherentes a la relación entre “paciente y profesional de la salud”.

En Ginebra, la cooperativa que presido reúne hoy más de 30 asociaciones originarias de este periodo, respondiendo a necesidades que el Estado no logra asumir. Son reconocidas como grupos de utilidad pública y reciben una ayuda financiera para su funcionamiento (24, 25). Hoy en día la “World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)” reúne más de 70 organizaciones internacionales.

En esta evolución histórica, el concepto de “*recovery*” se crea unificando el derecho individual y colectivo de la autonomía de las personas que experimentan dificultades psíquicas y asumen su propia recuperación.

3. Programas de recuperación en psiquiatría y ensayos de integración de pares en el tratamiento

Si en un primer tiempo el *recovery* renuncia y contesta el modelo médico, esta situación durará poco tiempo. Deberán hacerse concesiones, y comienza un periodo de negociaciones. Dos factores pueden explicar este cambio.

El primero, hacia los años 90, las familias de pacientes se organizan también como grupo de presión. Solo que ellos adhieren a la visión oficial, deseando, por ejemplo, que el tratamiento institucional se aplique de manera obligatoria. Tomemos, por ejemplo, el caso de la coacción o, si es necesaria, una medida de protección involuntaria, si existe una obligación legal a ser tratado. Los individuos, familiares, médicos, instituciones psiquiátricas, las asociaciones y las autoridades darán diferentes respuestas. La diversidad de las expectativas, la pluralidad de posiciones, la necesidad de intervenir en caso de peligro y finalmente la responsabilidad judicial del profesional en juego, hace que se siga el camino decisional de la jerarquía. En consecuencia, el poder médico se afirma, los médicos y las instituciones fijan los objetivos.

Frente a esto, las asociaciones denominadas de «usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría» responderán: «Nada sobre nosotros sin nosotros». Las decisiones que pueden afectar a los pacientes no se harán sin tenerlos en cuenta.

En segundo lugar, luego de esos años de discrepancia y conflicto, al principio del siglo XXI, la recuperación será finalmente reconocida por el "establishment". El cambio es sorprendente, pero es que la salud mental no es más un asunto de algunas personas, sino que empieza a verse a las enfermedades mentales como una epidemia en una sociedad que se globaliza.

Las estadísticas de la OMS son alarmantes. El individuo es llevado al extremo de sus condiciones de adaptación. Todos seremos vulnerables, pero no se nos dice por qué. No es ciertamente un desajuste neuronal masivo el responsable, sino un cambio negativo en la sociedad (26). En ese contexto, cualquier idea puede ser útil para evitar una epidemia.

En Europa el término de «resiliencia», la capacidad de los seres humanos para adaptarse positivamente a situaciones adversas, se pone de moda. Se generaliza la aprobación en 2003 del sistema de salud de los Estados Unidos, que sigue las recomendaciones para hacer del usuario un "socio" con el cual avanzar hacia la "recuperación". Se le pide al paciente colaborar y participar activamente en la prestación de servicios. Se realizan estudios sobre la recuperación, se establecen indicadores del grado de recuperación obtenido, se conceptualiza oficialmente el concepto (13, 14).

Con esta oportunidad y en trabajo conjunto con los profesionales sociales, se crean formaciones específicas para ex usuarios recuperados. Se espera que ellos sean una fuente de ayuda en los servicios. La ayuda de pares da importancia al pasaje vivido en la experiencia psíquica de crisis, al lazo social, la auto-ayuda, el acompañamiento moral, la participación como ciudadano a los servicios de salud. Una nueva forma de presión surge forzando a que los equipos de salud integren "el experto por experiencia" (*pairs aidants*, en francés) en ciertas partes del proceso de tratamiento (27).

El impase de la recuperación

La voz del usuario parecería haber sido entendida. En realidad, se le incorpora tímidamente en un sistema de tratamiento que muestra todavía grandes resistencias como sucede en general con cada innovación (28). También, los aspectos económicos de la enfermedad comienzan a dictar las prescripciones. El DSM-V prepara a una medicalización de la vida (3, 29, 30). Se impone reducir los costos. La ley de discapacidad en Suiza, por ejemplo, se somete a varias revisiones y, en 2013, se impone un «requisito de colaboración» en el que la persona sujeta al tratamiento prescrito, si lo rechaza, corre el riesgo de sanciones estrictas (tales como perder su seguro por discapacidad). Lo cual lo deja imposibilitado de abandonar un tratamiento aun si lo tolera mal. El retroceso es evidente.

Entonces, en ese nuevo contexto, ¿puede verse como un progreso el que ciertos servicios psiquiátricos promuevan hoy la idea de recuperación? Algunos pro-

fesionales califican la proposición de integración de ex usuarios en los servicios de salud de falsa generosidad y de deriva de una psiquiatría pura y dura (31). Otros dirán que la situación actual es un cambio superficial que asegura la continuidad de un modelo biomédico tecnológico y políticamente potente, sin una real apertura a alternativas más creativas, humanistas y eficaces. De la recuperación se habla, pero no se practica. No es una generalidad en los sistemas de atención psiquiátrica. Realmente no se trata de una revolución en el sistema de atención de la salud mental. Una victoria a lo pirro, dirán algunos.

Después de todos estos años, la «recuperación», obteniendo el estatus de «paradigma en salud mental», funcionaría en el mejor de los casos como una ideología. La persona estaría a medio camino entre un paciente tradicional "objeto de cura" o un «usuario/consumidor», y siempre dependiente de los servicios. Y es que la recuperación objetivada es reducida a un conjunto de prácticas normativas. Y, de todas maneras, por definición del experto profesional, la recuperación será siempre parcial. Ella debe basarse en la aceptación del diagnóstico, centrarse en las técnicas para el manejo de los síntomas de una enfermedad crónica que requiere tratamientos específicos como la medicación. Los sistemas de salud mental solicitan la colaboración del paciente, pero en el objetivo de darle una mejor educación de «su enfermedad».

Esta contradicción con los pilares del *recovery* que nombramos a propósito de Perceval es comprensible pues la cultura de los cuidadores no es la misma que la cultura de la persona en tratamiento. La diferencia de vocabulario y de lenguaje es también y, sobre todo, una diferencia de visión. El "diálogo" entre el conocimiento del experto profesional y la experiencia profana del paciente, opera en el contexto social de una jerarquía de poder. Las relaciones siguen siendo una comunicación entre un experto que valida o invalida y un paciente incompetente. Al usuario le es difícil afirmar sus convicciones en un contexto que hace todo para instruir, guiar, dirigir y enseñar de acuerdo con un sistema de creencias erigidas de manera piramidal en verdades absolutas. La tierra prometida de la recuperación, promovida por la institución, no es un camino posible para un paciente resistente, poco complaciente, que rechaza o critica las normas, las creencias, la doctrina, que se pronuncia sobre los tratamientos que pueden obstaculizar sus planes y la visión de la vida.

La autonomía y la autodeterminación del paciente, su recuperación, quedan entonces reabsorbidos y siempre enmarcadas por el cuadro conceptual y práctico establecido por la mentalidad del sistema de salud. ¿Queda reducida la recuperación a una forma políticamente correcta de evitar hablar de la cura, en ausencia de medios adecuados para obtenerla? ¿Y no traerá como consecuencia la existencia de usuarios dependientes a los que debe «enseñarseles de por vida» cómo recuperarse?

La recuperación en Diálogo Abierto

Resulta incómodo para los sistemas explicativos, sean de tipo militante o institucional, y para el paciente en final de cuentas, encontrarse atrapados en un conflicto sin salida. El planteamiento de “por la psiquiatría o contra ella”, la dualidad y jerarquía entre “experto y profano” y entre quien puede tener más razón o ser más descalificado, tal lucha de poderes refleja un planteamiento pre cibernético, inadecuadamente lineal de pensar nuestra complejidad.

Los valores del Diálogo Abierto reintegran con gran respeto en el corazón del tratamiento la voz auto-determinante de la persona en su red relacional natural. El Diálogo Abierto colaborativo resuelve así esta paradoja sin someter la libertad y la autodeterminación a las creencias y prácticas del sistema de tratamiento. Poner palabras a las experiencias que no las tienen todavía, dar sentido a la crisis en el contexto social donde se estructuran, co-define los términos de la recuperación en autonomía y alteridad recíprocas. La oposición de términos se diluye en el funcionamiento de una red mixta de profesionales y seres queridos, sin jerarquía, donde cada agente, el paciente incluido, opera en su facultad de ser, de actuar en el mundo, y de transformarse él mismo. El paciente y la red escogen sus alternativas de tratamiento.

Es el sistema de tratamiento el que se somete a la libertad y a la auto-determinación de la persona, y no al contrario. La recuperación de la persona se hace posible sin miedo, sin condición, sin enrolarse en un sistema de creencias en el que la persona debe reconocerse como un “enfermo mental”, aceptar la enfermedad para siempre, seguir una estabilización medicamentosa, seguir un fuerte apoyo educativo de parte de los equipos interdisciplinarios, sin esperar que a lo mejor la recuperación llegue parcialmente al final de todos esos pasos.

La recuperación emerge, entonces, como un producto secundario permanente. Es la consecuencia de instaurar un diálogo abierto y la oportunidad que tiene cada uno de expresarse sobre sí mismo y su destino en un contexto de aceptación incondicional. El empoderamiento o la focalización en los propios recursos individuales del paciente y de la red dirige el proceso. El experto -el observador- es consciente de sus límites ontológicos, de sus limitaciones siempre reductoras para conocer la realidad, siendo él mismo siempre parte de lo que observa. Sus diversas operaciones de descripción, por sofisticadas que aparezcan sus afirmaciones, serán siempre relativas al contexto social donde se generan. La humildad es necesaria. Su rol cambia de experto en contenidos y estrategias normalizantes, a experto en acompañar el desarrollo humano en su esencia social. Esta visión y tratamiento de la complejidad es solidaria de

hecho a una visión cibernética de segundo orden, apropiada a la comprensión y explicación de los fenómenos de la vida (32).

Conclusión

El recorrido que hemos descrito de la recuperación en salud mental, muestra una tendencia reductora, para que “la autodeterminación de la subjetividad” entre en una cierta forma de estandarización, en un “sistema encerrado en sus propias premisas”. Esta problemática no es, claro, una propiedad exclusiva de la recuperación aunque le es esencial por las extremas condiciones paradójicas de exclusión-reintegración que definen la problemática psíquica.

En esta tensión entre el individuo y su contorno institucional, ¿dónde queda la esperanza de la persona en sufrimiento? La trayectoria dialéctica entre recuperación y tratamiento institucional se encontrarían todavía en un impase si no escucháramos suficientemente bien que hoy el DA hace posible la recuperación global, que la calidad y sincronía de diversos tratamientos al interior de su cuadro colaborativo condiciona esta posibilidad, sin lucha entre profesionales ni entre profesionales y pacientes o grupos de usuarios para saber quién tiene más razón.

Con sus resultados, el Diálogo Abierto cuestiona profundamente las prácticas corrientes. La actitud de los profesionales puede cambiar, de ser expertos en diagnósticos, en contenidos y en estrategias para controlar el sistema familiar y para conducir al paciente hacia un objetivo predefinido, a la calidad de expertos en procesos abiertos de diálogo que facilitan el desarrollo humano. En realidad, el Diálogo Abierto concretiza un real paradigma alternativo en el campo de la psiquiatría. Cambiando de paso las creencias sobre “la enfermedad mental”. Y, para la recuperación, que pertenece profundamente a cada identidad del ser, aporta la validez de la escucha y del respeto de la libertad de cada uno para ejercer sus propias formas de recuperación.

En beneficio del paciente, es un avance importante considerar la recuperación como una consecuencia del tratamiento y no como una finta extraordinaria que se le hace a una enfermedad supuesta para toda la vida. Para el profesional, cuestionado acerca de su conflicto de intereses, el DA le permite retomar con confianza el control de su función terapéutica de base. La posibilidad de trabajar de otra manera diferente a la del paradigma dominante, se transforma en una cuestión ética, en la opción de darse los medios adecuados de ajustar y enriquecer la práctica actual interesándose, por ejemplo, en este enfoque que muestra ser válido y altamente eficaz. ■

Referencias bibliográficas

- Seikkula J, Arnkil E (2014). Open dialogues and Anticipations. Respecting otherness in the present moment. National Institute for health and welfare. Finland: Juvenes print - Finnish University Print ltd.
- Petit Q (2016). Conversaciones con el futuro / Jaakko-Seikkula. El País. [Internet] Disponible en: <http://wildtruth.net/dvdsub/es/dialogo-abierto>
- Whitaker R (2010). Anatomy of an Epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. New York. [Internet] Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/blog/mad-in-america>
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*; 5(3), 163-182.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2011). The comprehensive Open Dialogue Approach in Wester Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*; 3, 192-204.
- Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5 year follow-up. *Social Psychiatry*; 36: 332-337.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K (2006). Five years' experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy research*; 16 (2): 214-228.
- Sluzki C (2010). Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems & Health*; 28(1), 1-18.
- León C (2016). Fondements du projet PAIRS. Les pieds sur terre. Genève. [Internet] Disponible en: http://www.grepsy.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/fondements_du_projet_pairs_chap_i_résilience_et_rétablissement.pdf.
- Sur le rétablissement. [Internet] Disponible en: <http://www.grepsy.ch/documents.html>
- Copeland ME, Mead S (2004). Wellness Recovery Action Plan. [Internet] Disponible en: <http://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>
- Ostrow L, Adams N (2012). Recovery in the USA: From politics to peer support. *Int Rev Psychiatry*; 24(1): 70-78.
- Provencher H, Keyes C (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'Information psychiatrique*; 86(7), 579-589.
- Favrod J, Marie A (2012). Se rétablir de la schizophrénie. Guide pratique pour les professionnels. Elsevier Masson.
- Pilgrim D, McCranie A (2013). Recovery and mental health: a critical sociological account. Palgrave Macmillan.
- Foucault M, Colin G (1980). Power/Knowledge: selected interviews and other writings 1972 - 1977. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Dillman D, Isoz-Louvrier P, Krummenacher T, León C, Lohmann K, Merlo M, Zinder A (2007). Le traumatisme lié à l'expérience de la crise psychique aiguë et sa prise en charge institutionnelle. Le point de vue des personnes concernées, des proches et des professionnels. Papier interne, Hôpital Universitaire de Genève, Département de Psychiatrie. [Internet] Disponible en: http://www.grepsy.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/debriefing_2007.pdf
- Bateson G (ed) (1962). Perceval's narrative: a patient's account of his psychosis 1830-1832. London: The Hogarth Press.
- [Internet] Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Ted_Chabasinski, en https://en.wikipedia.org/wiki/Judi_Chamberlin y en https://en.wikipedia.org/wiki/Leonard_Roy_Frank
- Anderson H, Jensen P (2006). Innovations in the reflecting process. London: Karnac Books.
- Estrada Mesa A, Buitrago Murcia C (2016). Recursos psico-sociales para el post-conflicto. WorldShareBooks. Quira, Centro latinoamericano para el desarrollo de la cultura colaborativa. Taos Institut.
- Stastny P, Lehmann P (eds) (2016). Alternatives beyond psychiatry around the world. 2^e Ed. Petzer Lehmann Publishing.
- Recherche sur les résultats égaux ou meilleurs du paradigme de Soteria en comparaison aux approches traditionnelles basés sur les médicaments. [Internet] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632384/>
- DEAS Répertoire des institutions actives dans le domaine du handicap dans le canton de Genève, 2014. [Internet] Disponible en: http://www.ge.ch/handicap/doc/indication/repertoire_institutions.pdf
- Association le GREPSY. [Internet] Disponible en: www.grepsy.ch
- León C. Sortir du modèle biomédical de santé mentale. [Internet] Disponible en: http://www.grepsy.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/reiro_2016_-_cl.pdf
- [Internet] Disponible en: <https://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/pairs-aidants-reseau/formations/>; <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=programme-«%C2%A0médiateur-de-santépairs%C2%A0»>; <https://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance-2017/1-pair-aidance-2017-plus-d-infos/>; <http://www.promentesana.org/upload/application/376-plaquetteppsm2016versionultime.pdf>
- Baillon G. Les pairs-aidants, pseudogénérosité et dérives sur la psychiatrie, en réponse à Pluriels. Mediapart. [Internet] Disponible en : <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/060211/les-pairs-aidants-pseudo-generosite-et-deri>
- Appaix O. Une psychiatrie dévoyée par l'industrie pharmaceutique. «Florissant marché des «désordres psychologiques». Le monde Diplomatique, 2011. [Internet] En: http://www.grepsy.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/marché_de_désordres_psy_md_2011.pdf
- Lane Ch (2009). Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions. (Shyness. How normal behavior became a sickness. Traduit de l'anglais (Etats-Unis) par François Boisivon. Flammarion.
- Morgan A, Diamon B (2011). Recovery: help or hindrance? [Internet] Disponible en: <http://www.soterianetwork.org.uk/articles/index.html>
- Maturana H, Varela F (1984). El árbol del conocimiento. Editorial universitaria. [Internet] Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/119932>