



RETOS TEÓRICOS Y NUEVAS PRÁCTICAS

Margaret Bullen, Carmen Diez Mintegui
(Coordinadoras)

EXPERIENCIA INTERIOR Y TRABAJO DE CAMPO ETNOGRAFICO¹

EMILY MARTIN

Universidad de Nueva York

INTRODUCCIÓN

En este artículo, planteo algunos dilemas metodológicos con los que tropecé al realizar el estudio etnográfico que recientemente concluí sobre el trastorno del estado de ánimo conocido como depresión maníaca. En primer lugar, expondré algunos antecedentes: la historia de la “depresión maníaca” se remonta a la antigua Grecia donde creían que la salud del cuerpo estaba relacionada con los cuatro humores corporales: sangre, flema, cólera (bilis amarilla) y bilis negra. En la segunda mitad del siglo XIX, manía y melancolía fueron delimitándose y se redefinieron como “trastorno(s) primario(s) de la afectividad y la acción” (German Berrios, 1996: 298). Estas nuevas formas se “combinaron en el nuevo concepto de locura alternante, periódica, circular o en doble forma” (Berrios, 1996: 298-99). Este proceso culminó con el concepto de Emil Kraepelin de “locura maníaco-depresiva” que incluía la mayoría de las formas de trastornos afectivos en el mismo espectro de diagnóstico. Tras seguir miles de casos clínicos en Alemania, Kraepelin reclasificó todas las enfermedades mentales conocidas en dos categorías principales: demencia precoz (posteriormente rebautizada como esquizofrenia) y depresión maníaca. En esta audaz reorganización, llamada síntesis de Kraepelin, una de las categorías principales (demencia precoz) era una enfermedad del intelecto; la otra (depresión maníaca) una enfermedad de las emociones². La síntesis de Kraepelin continúa estando vigente

¹ Traducción de la versión original en inglés, “Interior Experience and Ethnographic Fieldwork”, por Amaia Casares.

² Berrios ha cuestionado cuál era el interés central de Kraepelin con respecto al campo afectivo. La distinción de Kraepelin entre demencia precoz y depresión maníaca “parece basarse en la distinción entre intelecto y afectividad respectivamente.” Pero junto a sus criterios para el pronóstico de depresión maníaca, la herencia implicaba sólo la “presencia

en las taxonomías psiquiátricas contemporáneas, estableciendo la división entre trastornos cognitivos y afectivos.

En los noventa, se produjo un giro importante en la terminología popular, giro que jugó probablemente un papel crucial en el cambio de actitud de la gente con respecto a la depresión maníaca. Autores de libros de éxito comenzaron a utilizar el término “trastorno bipolar”, siguiendo el cambio en el término de depresión maníaca por el de trastorno bipolar de la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de 1980³. En los últimos cien años aproximadamente, el miedo a la “locura” que llevaba implícito el término “depresión maníaca” se ha transformado en la fascinación acompañada de atractiva peligrosidad que produce la palabra “bipolar.” A veces esta fascinación tiene su origen en las extraordinarias facultades que las personas bipolares parecen poseer cuando se encuentran en estado maníaco, tal como lo reflejaba una viñeta del *New Yorker* en la que se mostraba a una pareja frente a un cuadro abstracto en un museo. Uno dice al otro, “Es bueno, pero no parece bipolar.” En otras palabras, si el autor hubiese estado “loco,” su cuadro habría tenido mucho más valor.

Sea lo que sea lo que represente el extremo maníaco del trastorno bipolar, ha llegado a parecer fundamental para la supervivencia, y desde luego para el éxito, siempre que no resulte excesivo. El novelista Tom Wolfe nos muestra este sentimiento en *A Man in Full* (“Todo un hombre”), cuando el alcalde de Atlanta habla de los rascacielos del centro de la ciudad y de cómo demuestran que Atlanta no es un centro regional, sino nacional: “Hizo un gesto vago hacia las torres que se elevaban por encima de sus cabezas. ‘¡Ellos lo hicieron! Atlanta apoya a las personas hipomaníacas - creo que ése es el término - personas como Inman Armholster que son lo suficientemente maníacas como para no prestar atención a lo que

de excitación o inhibición” “Por lo que yo he podido averiguar, en ningún momento dijo Kraepelin que la depresión maníaca era un *trastorno primario* de la afectividad” (Berrios 1996: 297).

³ El DSM (Manual de Diagnóstico y Estadística) es la obra de referencia para el diagnóstico utilizada por las psiquiatras americanos para describir a los pacientes en sus registros médicos y a efectos de seguros. Contiene denominaciones y definiciones normalizadas de los trastornos psiquiátricos reconocidos. La edición actual es la DSM-IV.

tienen en contra, pero no tanto como para ser irracionales” (Tom Wolfe, 1998: 195)⁴.

Mi estudio etnográfico de los trastornos del estado de ánimo comienza con la experiencia de la depresión maníaca como estado psicológico y desde ahí sigue su emergencia en un campo cultural más amplio. Muy relacionada con ideas sobre el mercado, la depresión maníaca se transforma en trastorno bipolar y sirve de punto focal para la inquietud colectiva que produce la cuestión de por qué en la vida actual parece inevitable que se entremezclen estimulantes subidones con terribles bajones. Empleo la frase “vivir con la etiqueta de depresión maníaca (o trastorno bipolar)” cuando me refiero a personas que han recibido un diagnóstico médico de este trastorno del estado de ánimo. La frase pretende reflejar el hecho social de que han recibido un diagnóstico. Al mismo tiempo, nos llama la atención sobre otros hechos sociales: el diagnóstico constituye solamente la categorización de una persona entre muchas y es una descripción que juega parte activa en el imaginario cultural más amplio. En este artículo sigo uno de los hilos del estudio, centrándome en un dilema metodológico con el que me encontré. El estado en cuestión, el trastorno bipolar, se define culturalmente como perteneciente a la categoría de lo “irracional.” El dilema surgió cuando me vi incapaz de utilizar la entrevista, el más “racional” de los métodos del trabajo de campo. Esta incapacidad me hizo darme cuenta de la importancia de lo que no se dice y de lo que está socialmente reprimido.

1. DILEMA EN EL TRABAJO DE CAMPO

Durante mi década de trabajo de campo, pase mucho tiempo acudiendo a “grupos de apoyo” para el trastorno bipolar, que son reuniones sociales en las que todas las personas presentes han sido diagnosticadas con depresión maníaca y reciben la medicación correspondiente. Estas reuniones grupales están subvencionadas por organizaciones nacionales de apoyo a pacientes y normalmente se celebran en espacios cedidos en parroquias, hospitales o centros

⁴ Wolfe puede estar aludiendo al importante papel que Ted Turner jugó en el desarrollo empresarial de Atlanta y su conexión con el trastorno bipolar.

comunales⁵. Al principio me preocupaba que estos grupos no me admitiesen como antropóloga. Pero yo misma ya reunía los requisitos habituales para ser admitida en el grupo (había recibido el diagnóstico de este trastorno y estaba siendo medicada bajo control psiquiátrico) así que se me permitió, tal como ellos lo expresaron, llevar dos sombreros: el de paciente y el de etnógrafa. En cuanto a la confidencialidad – a pesar de su valencia cambiante, este trastorno sigue estando fuertemente estigmatizado – su única petición fue que no revelase la identidad de ninguno de los miembros. Pero la primera vez que cogí papel y lápiz, me dejaron bien claro con sus miradas y gestos que no consentirían que tomase ningún tipo de notas. Algunas cosas podían decirse en las reuniones, pero nada podía ser anotado. Mucho menos nombres, números de teléfono o direcciones. Empecé a darme cuenta de que este grado de ansiedad suponía un problema para el método canónico del trabajo de campo (mío también) de la etnografía: la entrevista. Al principio intenté desesperadamente salvar esta carencia, este vacío, esta amenaza de fracaso. Desesperadamente intenté encontrar un camino que bordease lo que me parecía un serio obstáculo.

Cuando me calmé un poco, empecé a reflexionar sobre algunas de mis suposiciones previas. Empecé a pensar en los métodos establecidos de entrevista, grabación en cinta y transcripción. Entre las y los antropólogos americanos, estos métodos se han hecho comunes sólo gracias a la reciente vuelta al trabajo de campo que se produjo en las sociedades euro-americanas en los ochenta, mientras que ya eran utilizados por la sociología y la lingüística desde mucho antes. Como la entrevista, la grabación en cinta y la transcripción resultaban conocidas para las y los euro-americanos a través de las y los periodistas, de las personas encargadas de levantar el censo y similares, las y los etnógrafos consideraban estos métodos menos interferentes en la vida diaria de lo que se habrían considerado en otros lugares del mundo. Además, la aparente escasez de comunidades “cara-a-cara” de tipo tradicional, así como la fragmentación y

⁵ La organización que dirigía los grupos de apoyo en la costa oeste se llamaba DMDA, Asociación contra la Depresión y la Depresión Maníaca. La organización de la costa este se llamaba DRADA, Asociación contra la Depresión y Trastornos Afectivos Relacionados. Mi trabajo de campo se desarrolló en el condado de Orange, CA, y en Baltimore, MD.

dispersión de las vidas de muchas personas en múltiples contextos separados, dejaban en duda la idoneidad de las formas tradicionales de observación participante para ese contexto. Paralizada por estas nociones y aprovechándome de ellas, completé dos proyectos en los EE.UU. que dependían más de la entrevista que de la observación participante. Ahora comienzo a darme cuenta de lo lejos que me encontraba de mis primeros años de trabajo de campo en las aldeas chinas, donde aún no puedo creer que no realizara una sola “entrevista.”

Comencé a preguntarme si a partir de la situación límite en la que me encontraba podrían surgir temas interesantes e importantes. Percibía que mi proyecto se centraría en cómo y por qué el diagnóstico de enfermedad mental podía cambiar la propia condición de persona racional. La racionalidad en el sentido clásico occidental se encuentra anclada en un pensamiento, habla y acción ordenados y eficaces. Las entrevistas, aunque fuesen abiertas, impondrían el marco de un tipo de orden racional: series lineales de palabras, conectadas lógicamente en frases y párrafos que fluirían uno tras otro. Sabía que casi todas las personas que veía en esos grupos podrían proporcionarme una entrevista perfectamente racional, si quisieran. Pero, haciendo virtud de la necesidad, yo quería saber algo diferente. ¿Qué tipo de orden o trastorno, racionalidad o irracionalidad, existiría en los efímeros mundos sociales construidos por personas con estos diagnósticos? Puesto que las reuniones sociales temporales tales como los grupos de apoyo implicaban tanto hablar como actuar con respecto a otros y otras también definidos como enfermos y enfermas mentales, pensé que podría aprender algo prestando atención a lo que pasaba cotidianamente en estos grupos, observando no sólo lo que la gente decía, sino lo que hacía colectivamente sin la intrusión de entrevistas “racionales” sucediéndose tras la escena.

Así que me enfrenté a un reto. Mi propia condición podría proporcionarme un camino para estudiar aspectos de la enfermedad mental que no podían testimoniarse de otra manera. Pero los miedos que giran en torno al estigma de la enfermedad mental me impedirían emplear herramientas propias de la ciencia etnográfica, que suponían anotar o grabar con esmero los hechos a medida que se producían. Tras un largo período de incertidumbre, decidí abordar este estudio

etnográfico más al estilo del trabajo que había realizado en las aldeas chinas de Taiwán años atrás, que al del trabajo de campo más reciente realizado en los EE.UU. Participaría en los acontecimientos, los observaría principalmente sin grabarlos y me lo pensaría muy detenidamente antes de solicitar entrevistas. Tomaría notas al vuelo, cuando fuera posible o si no, inmediatamente después de que se produjesen los hechos. Es importante explicar cuáles eran mis motivos. Algunos eran de tipo práctico: el estigma contra la enfermedad mental es tan grande que el hecho de que yo conociese el teléfono y dirección de alguien a quien yo necesitase hacer una entrevista larga y confidencial, podría ser amenazante. Hay gente que ha perdido sus trabajos y relaciones cuando esa información ha caído en malas manos y por ello las y los participantes rara vez revelan sus apellidos o direcciones en los grupos de apoyo. Para entender algo como la locura, definida como “racionalidad” externa, necesitaría aventurarme en terreno poco conocido, Mary Weismantel (2001).

2. SIGNIFICADO DE RACIONALIDAD

Si una persona es calificada de maniaco-depresiva, su racionalidad queda cuestionada. Hay mucho en juego cuando alguien pierde la condición de persona racional, ya que todo, desde la capacidad que tiene para realizar su trabajo, enseñar a su alumnado, respetar la ley o vivir con su familia, puede ponerse en duda. Desde la época clásica hasta el siglo diecinueve, la locura se definía como la pérdida de las funciones racionales, intelectuales. Platón y Aristóteles consideraban la “razón” como la característica que definía a la especie humana, el medio para alcanzar el conocimiento y el requisito previo a la libertad ética. En ausencia o desaparición de la razón, el resultado era el error y el mal: las “pasiones” desatadas serían el origen de los trastornos. Sin embargo, las pasiones, como parte animal de los seres humanos, servían de fuente de energía: por eso era importante que las emociones estuviesen presentes, aunque reducidas y subordinadas, German Berrios (1996)⁶. Para los griegos, cosas como los sueños, la pasión y

⁶ Para Platón y Aristóteles, según Berrios, "La ausencia o desaparición de la razón conduce al error y el mal, siendo las 'pasiones' la principal fuente de perturbación y caos" (Berrios, 1996: 291). "En la cultura griega, la excitación afectiva que culminaba en irracionalidad era

la intuición poética, las voces de los dementes y de los profetas eran irracionales. Aunque no las consideraban fuentes de conocimiento de naturaleza racional, las respetaban porque provenían del contacto con el mundo sobrenatural⁷. En la Grecia clásica interesaba separar claramente lo racional de lo irracional: sólo los adultos griegos, varones y racionales eran personas completas, ciudadanos que poseían propiedades y tenían derecho a voto en la ciudad-estado.

Hoy en día mucho de esto ha cambiado, pero algunas instituciones, como la ley, muestran el contorno de antiguas dicotomías. Tomemos un caso que surgió en los juzgados de Florida en 1996. Alice Faye Redd era una prominente y acomodada ciudadana presidente de la PTA, la Liga Juvenil, y del Club Garden. En los noventa, tuvo el honor de ser nombrada una de las diez mujeres jóvenes más sobresalientes de América. Pero su hija descubrió que durante nueve años Redd había estado dirigiendo un esquema piramidal, con 103 personas implicadas (muchas de ellas antiguos miembros de su parroquia), y que finalmente perdió 3,6 millones de dólares. La familia, dando por sentado que “tenía que haber perdido el contacto con la realidad,” la envió a un sanatorio mental. Allí se le diagnosticó una “personalidad hipomaniaca crónica,” un estado, “conocido como Bipolar 2, en el que ella se encontraba casi siempre con el ánimo exaltado, no necesitaba dormir mucho, estaba llena de ideas grandiosas y tenía tendencia a emprender negocios disparatados.” Mientras tanto, los fiscales la acusaron de extorsión y hurto mayor, acusaciones contra las que no se defendió. Los psiquiatras contratados por ambas partes del proceso acordaron que sufría “una forma de depresión maníaca que la hacía parecer vivaz y encantadora, pero que al mismo tiempo retorció su pensamiento.” Los psiquiatras elegidos por la acusación informaron al juez de que “funcionaba en una realidad diferente” y de que “su capacidad para percibir la naturaleza y calidad de los actos estaba dañada” (Fox Butterfield, 1996: 1).

Pero el juez solo podía considerarla demente si no era capaz de distinguir entre lo correcto e incorrecto. Resultando que no padecía de demencia, la sentenció a quince años de cárcel. Argumentó que su

considerada un mecanismo habitual de la locura” (Berrios, 1996: 292).

⁷ E.R. Dodds (1952: 185).

trastorno bipolar simplemente modificaba un poco sus percepciones, como si llevase unas “gafas de color rosa.” Más que impedirle comprender que su modo de proceder había causado un daño, su manía sólo le hizo infravalorar el perjuicio que ocasionaba a otros. En el seguimiento que la prensa hizo del proceso, los periodistas dijeron que la gente que la conocía estaba engañada por las apariencias y no veía la realidad. “Las apariencias” decían que “parecía normal, una ‘supermujer’. . . Siempre sonreía y su pelo y maquillaje eran tan perfectos como sus buenos modales sureños” (Butterfield 2000: 1). La “realidad” era que la enfermedad mental estaba presente en las últimas seis generaciones de su familia, tal como se muestra en el genograma incluido en el artículo. Si Redd hubiese sido una persona racional, habría sido considerada responsable de sus actos y sometida a la ley. Sus actos provendrían de la persona que aparentemente era y en caso de ser ilegales, habría tenido que pagar el precio. Pero si Redd hubiese sido una persona irracional, una persona afectada de depresión maníaca no medicada que pareciese racional pero que realmente viviese en una realidad diferente, habría necesitado hospitalización, no cárcel.

El caso de Alice Faye Redd muestra qué extraña posición intermedia ocupa la depresión maníaca. Como Emil Kraepelin, psiquiatra de principios del siglo veinte que observó su “singular mezcla de sensatez y actividad maníaca,” el juez la situó entre la sensatez y la manía, Emil Kraepelin (2002). Si la hubiera declarado una persona con pleno juicio, habría negado su depresión maníaca hereditaria; si la hubiera declarado totalmente maníaca, no habría podido condenarla a prisión. La suposición que se deriva de este dilema es que las personas normales son plenamente racionales. Sugiero algo diferente: en su vida diaria, la mayoría de las personas tienen diferentes grados de conciencia de la realidad y de las consecuencias de sus acciones, distintos grados de “razón” en sus decisiones y opiniones. Esta idea fue madurando a partir de mi trato con varias generaciones de estudiantes de licenciatura y post-grado que, en mis clases, al tener la oportunidad de conversar sobre la presencia de lo irracional en su vida diaria, tenían mucho que decir sobre sus nacientes experiencias de disociación, asociación libre, fuga de ideas, tempestades o vacíos emocionales, etc. Estas experiencias son normalmente pasajeras, no

suelen interferir en la vida diaria y no serían motivo de diagnóstico de enfermedad psicológica grave. Pero el fantasma de un diagnóstico tal es tan temible que la mayoría de los estudiantes dicen que nunca han admitido padecer esas pequeñas fugas del mencionado imperio de la razón. El enorme poder de las asunciones culturales consigue eliminar lo evidente: las mil maneras en que la gente experimenta lo “irracional”—dormidos o despiertos. Si aceptáramos la evidencia de este hecho ¿qué haríamos con Redd? Su caso directamente plantea la cuestión de si el concepto de persona no del todo racional - alguien, añadido, que es como la mayoría de nosotros- es compatible con el funcionamiento de una de nuestras instituciones centrales⁸. ¿Cuáles serían las consecuencias si nos moviéramos “más allá del modelo binario familiar que sitúa al sujeto neoliberal calculador, racional, bien disciplinado e hipercognitivo sobre su contrario en la sombra, el sujeto patológico, retrasado, victimizado y con una racionalidad disminuida”? (Halperin, 2007: 2). Más concretamente, ¿cuáles son las consecuencias para las prácticas de la etnografía si nos planteamos seriamente la necesidad de visitar lugares culturales y sociales en los que lo binario no ostente el control?

3. DESCRIPCIÓN DE ESTADOS INTERIORES: LO QUE NO SE DICE

Tras acudir durante algún tiempo a los grupos de apoyo, me familiaricé con las diferentes maneras en que los participantes empleaban los términos médicos del DSM (Manual de Diagnóstico y Estadística) para describirse a sí mismos. Tardé mucho en darme cuenta de que nadie, además de emplear los términos del DSM, describía a partir de la experiencia cómo eran sus estados emocionales. Revisando mi trabajo de campo, veo ahora que esto podría haberlo visto en un acto en el que participé, si hubiese sido capaz de comprenderlo. El acto era una reunión ordinaria de un grupo de apoyo de la Costa Oeste. Era la primera vez que yo acudía, así que expliqué brevemente mi diagnóstico, mi trabajo de campo y mi deseo

⁸ El estudio que Martha Nussbaum hace del papel de las emociones en la ley, relacionado con las tradiciones occidentales derivadas de Aristóteles, aporta luz sobre cómo la ley está dotada principalmente para tratar estados emocionales más corrientes (2004: 23ff).

de escribir sobre la depresión maníaca. El grupo me recibió bien y me preguntaron si quería decir algo más. Como recién llegada e imaginando que dichos grupos se sentaban allí para hablar todo el tiempo de sus estados interiores, me lancé.

“Tengo imágenes visuales muy vívidas y me pregunto si alguien más las tiene (Un miembro del grupo respondió, “¿Cómo por ejemplo?”). Bueno, hace poco una catedrática europea visitó el centro donde trabajo para dar una conferencia; yo estaba sentada entre el público con un alumno de post-grado que ha trabajado conmigo cuando, para nuestro mutuo asombro, la conferenciante comenzó a leer palabra por palabra varios párrafos de un artículo que yo había publicado, como si fuese su propio escrito. Empecé a tener una fuerte sensación de irrealidad y lentamente el campo visual frente a mis ojos se rasgó como la pantalla de un cine que se rompe y desgarrar por todas partes. A través de las partes rasgadas yo sólo veía un abismo negro. Sabía que la imagen venía de mi propia mente, pero era tan vívida que me sentí muy asustada. La imagen duró más de dos días y después desapareció poco a poco”.

Pasando la mirada por la sala, vi caras muy atentas, pero que no dejaban ver lo que pensaban. Les dije, “¡Me miráis como si estuviese loca!”. Risas y protestas festivas respondieron a esto y, para aliviar mi azoramiento, el facilitador del grupo explicó, “Lo que pasa es que has contado una buena historia.”

Cuando terminó la reunión, dos personas se acercaron para decirme que, aunque habían tenido experiencias similares, nunca habrían hablado de ellas en el grupo. Un hombre me llevó aparte a un cenador en el exterior:

“No he querido decir nada ahí adentro, porque habrían pensado que estaba fumado, pero yo también tengo visiones. Las he tenido toda mi vida. La manera de manejarlas es a través de tus sueños. Preguntas a tus sueños qué significan y ellos te lo dirán. La vida es un proceso educativo y los sueños y las visiones nos enseñan. Tengo

sueños precognitivos, sueños educativos, y también de otros tipos. Más de una vez he sido advertido de algo con antelación. Trabajo para el ferrocarril, soy ingeniero... Apuesto que más gente de la sala ha tenido el mismo tipo de experiencias, pero no quieren hablar de ello. Yo podría perder mi trabajo si alguien lo supiera.”

Ahora pienso que la reacción del grupo a mi experiencia provino de su sorpresa: yo estaba describiendo los detalles de un enigmático estado interior en lugar de simplemente denominarlo con un término estándar y además, estaba revelando algo que me hacía vulnerable a la pérdida de mi trabajo, de mi derecho a conducir o de mi credibilidad profesional.

¿Por qué los miembros de los grupos de apoyo evitan describir sus estados psicológicos incluso entre ellos?. Una posible razón es que temen que la información trascienda y esto pueda perjudicarles. Pero el simple hecho de acudir a la reunión ya supone que a uno le han diagnosticado depresión o depresión maníaca. Sin decir una sola palabra ya se está expuesto a posibles dañinas filtraciones. Otra posibilidad es que el DSM sirva de protección contra nuevos escrutinios. Nikolas Rose escribe sobre las formas de conocimiento psicológico como “técnicas para la disciplinarización de la diferencia humana,” (Nikolas Rose 1996: 105). Se refiere al modo en que los tests psicológicos de todo tipo—inteligencia, personalidad o cognición—así como los exámenes psicológicos o las observaciones sistemáticas en el trabajo, escuela o en casa “individualiz(an) a los seres humanos mediante su clasificación, calibrando sus capacidades y conductas, registrando sus atributos y deficiencias, gestionando y utilizando su individualidad y variabilidad” (Rose 1996: 105). Una vez que la persona recibe la etiqueta científica correspondiente a su condición patológica, puede utilizar esa etiqueta como protección ante nuevos exámenes. Los términos “Bipolar 2” o “Trastorno Depresivo Grave” pueden rebotar de una persona a otra sin demandar más análisis y por tanto permiten que la gente mantenga su paisaje interior cerrado a la comparación, corrección o calibración con respecto a la norma. En lugar de actuar como agentes de su propio conocimiento internalizado, pueden estar protegiéndose mediante el uso de términos de conocimiento científico. Los términos del DSM,

como sugerí anteriormente, actúan un poco como una tabla atómica de elementos para la enfermedad mental; pretenden describir todo el universo de la enfermedad mental y consecuentemente toda condición encontraría un lugar en ellos. El empleo de los términos es un lenguaje taquigráfico que se supone los demás entenderán y esta suposición puede hacer que resulten innecesarias explicaciones adicionales sobre lo que se esconde en la experiencia individual real. En este sentido, el DSM actuaría como escudo contra la exteriorización de experiencias psíquicas más íntimas.

Una objeción legítima a esta línea argumental es que no se realizan tests ni exámenes en los grupos de apoyo y que (con la excepción accidental de que uno o una de los miembros sea psicólogo) no se encuentran presentes expertos o expertas capaces de realizar dichos estudios. Los únicos presentes son “los clasificados,” individuos que ya han sido objeto de cuestionarios, tests y observaciones para determinar exactamente el tipo de patología mental que padecen. Es posible que mi presencia pueda haber sido percibida como la intrusión de una observadora científica, aunque hice lo posible para no resultar intrusiva: nunca tomé notas en las reuniones y rara vez pregunté nada a nadie. Con la excepción ocasional de unos pocos facilitadores, no entrevisté a las personas de los grupos de apoyo. Lo que es más, para cuando finalizó la investigación, mi interacción social con miembros de varios grupos era frecuente, íbamos a restaurantes y al cine, y nos comunicábamos por teléfono y correo electrónico. En la medida de lo posible, me comporté como cualquier otro miembro de estos grupos. Aún más, cuando era nueva en un grupo, solía sentarme entre los demás en una o dos reuniones antes de que el facilitador me diese la oportunidad de presentarme. Y sin embargo no observe ninguna diferencia en el patrón de no mostrar los estados interiores entre estas primeras reuniones y las últimas a las que asistí algunos años después. Tanto si la gente experimentaba el carácter “atómico” del DSM al actuar de escudo contra la intrusión como si no, puedo decir que como participante-observadora estudiosa de los estados mentales, que acudía a muchas reuniones con la esperanza de reunir material para interpretar y comparar emociones interiores, me sentí frustrada por el lenguaje que bloqueaba y protegía lo que yo quería descubrir. Las entrevistas, que podrían haberme

permitido preguntar directamente sobre las experiencias interiores de la gente, me habrían facilitado gran cantidad de información, pero seguramente eso habría cambiado las interacciones posteriores en los grupos de apoyo, que eran precisamente lo que yo quería entender⁹.

En mi propio trabajo y empleo, me he encontrado a veces en un espacio entre lo racional y lo irracional. Cuando, como parte del trabajo de campo, he sido formada para dirigir grupos de apoyo a gente con depresión maníaca, la organización que facilitaba la formación nos animaba especialmente a nosotros, los formados, a iniciar un grupo de apoyo en nuestro propio pueblo o lugar de trabajo. En aquel momento yo era catedrática en Princeton y sabía que varios de mis alumnos y alumnas batallaban contra el trastorno bipolar¹⁰. Acudí a la psiquiatra que era jefe del servicio de asesoramiento al alumnado y le expliqué cómo había sido formada, ofreciéndome a facilitar la creación de un grupo a pequeña escala. Ella me lo agradeció, pero me explicó que el alumnado de Princeton no

⁹ No obstante, este punto plantea un interrogante mayor. En la medida en que las categorías del DSM actúan de escudo para los estados psíquicos interiores de las personas, el uso generalizado de las categorías del DSM puede hacer que la gente no llegue a darse cuenta de la importancia de explorar sus estados interiores. La exploración de la experiencia interior tiene el potencial de desafiar al lenguaje uniforme y burocrático del DSM. En tanto en cuanto la gente utilice las categorías del DSM *en lugar de* explorar los fenómenos de su experiencia directamente, puede que su impresión de que se comunican con otras personas sobre lo que supone ser, por ejemplo, maníaco, sea sólo un espejismo. ¿Cuáles son las dimensiones sensoriales de la experiencia—sensaciones olfativas, táctiles, visuales o auditivas? ¿Cómo es la experiencia que se encierra en su contexto? ¿Y en la historia personal y única? Cuando menos, lo que las y los miembros de un grupo de apoyo son capaces de comunicar mediante las categorías del DSM es solo una pequeña parte de lo que bien pueden haber experimentado en sus vidas individuales. Recuperar este tipo de experiencia en el marco social del grupo de apoyo podría ser un modo de complementar las funciones de las categorías del DSM con otro tipo de conocimiento. El filósofo Martin Heidegger describió la pérdida de este tipo de conocimiento como un “no-ser” o “el abandono de ser.” Bajo el impacto de la tecnología en la era moderna, pensó que muchas cosas podrían ser vistas como recursos que pueden ser mejorados o producidos según patrones de eficacia semejantes a los de las máquinas, perdiendo sus conexiones con los contextos de significado en el proceso. Véase Charles Guignon (1993), Martin Heidegger (1982).

¹⁰ Una cuestión candente entre estos alumnos era que se les forzaba a tomarse un año de descanso al recibir el diagnóstico. Se les volvía a admitir si podían demostrar que habían sido productivos durante el año de descanso, una condición que para algunos era bastante contradictoria. Años más tarde el tema fue abordado por los medios debido a la preocupación que desencadenaron los litigios por suicidios de estudiantes.

necesitaba ese tipo de grupos. Dijo que los alumnos y alumnas con ese tipo de problemas mentales graves no podrían responder a las demandas intelectuales del entorno de Princeton, por lo que no había necesidad de formar ningún grupo. En este marco social, si dices que tienes depresión maníaca, seguramente serás catalogado de persona afuncional, inferior a una persona plenamente racional. No le dije que yo también tenía el diagnóstico porque en ese momento la admisión de ese hecho parecía demasiado terrible como para hacerla pública. ¿Me juzgarían a mí también incapaz de ejercer mis funciones en Princeton?

En las dos secciones siguientes, describo dos contextos en los que exploré las experiencias que produce el vivir en ese gran tercer espacio entre racionalidad e irracionalidad.

4. DOBLE VOZ Y VIVIR EN LA LÍNEA DIVISORIA

En una reunión nocturna de un grupo de apoyo, unos quince participantes estaban sentados en torno a una mesa viendo un video llamado *Gafas oscuras y Caleidoscopios*, producido por los laboratorios Abbott, fabricantes de Depakote, un nuevo fármaco que habían descubierto y resultaba efectivo para el tratamiento de la depresión maníaca. Mientras veían el video, los miembros del grupo de apoyo no parecían tomarlo en serio o se mostraban hostiles, criticando y burlándose de la optimista promesa de la película, esto es, que si tomabas tus medicamentos, tu vida sería tan normal que podrías tener un trabajo o profesión aunque hubieses sido diagnosticado de depresión maníaca. Algunos de sus comentarios eran: “¡Eso es un mundo utópico!”; “Es una chorrada que los medicamentos puedan ajustarse para mantenerte ‘en tu punto’”; “Sí, puedes trabajar en tu profesión a condición de que no se lo digas a tu patrón (que tienes depresión maníaca)”; “Vete y llama al 1-800 siempre que puedas bloquear el rastreador de llamadas.” Hubo muestras generales de burla y desdén cuando el video mostró a una persona diciendo, “La pérdida de la capacidad de controlar mi propia conducta es lo que implica tener depresión maníaca.” El Depakote, según el video, restablece esa capacidad y permite a la persona adaptarse a la vida corriente.

Cuando el video terminó, un hombre comenzó a darle la vuelta a la historia del video cambiando la definición de quién necesita ser medicado: “Sabéis lo que suelo decir siempre, que el mundo entero necesita una dosis de litio.” Alguien más se entrometió, “¡Sí, ponadlo en el agua, ponadlo en el aire!” Al momento siguiente, un hombre que había venido a las reuniones semana tras semana, pero que siempre estaba callado, dijo con expresión lóbrega y semblante desanimado, “Normalmente no suelo decir nada, he callado durante semanas y semanas, pero esta noche me doy cuenta de que ya no puedo guardármelo dentro. Tengo que dejarlo salir.” Entonces se lanzó a contar una serie de chistes sorprendentemente mordaces y divertidos. Asombrados, todos recorrieron la mesa con una mirada dubitativa. Las sonrisas afloraron al mismo tiempo que una sucesión de “destellos oculares”, contactos oculares que recorrieron rápidamente la mesa, señaló el inicio de una hilarante sesión de chistes que ocupó el tiempo restante de las dos horas de reunión¹¹. Cada cierto tiempo, alguien decía quejosamente, aunque evidentemente no en serio, “¿Qué estamos haciendo? ¿Qué pasa si alguien quiere compartir?”. Prácticamente todos los presentes contaron chistes verdes, groseros, obscenos o insultantes sobre católicos, judíos, polacos, rubias, viudas, la tercera edad o el Papa. Todos reían a carcajadas y se fue creando una atmósfera de energía frenética. Comida y refrescos se desparramaban por la sala y la gente abandonó sus asientos del ordenado círculo y se recostó en mesas, sillas y suelo¹².

Aunque otra descripción del evento sería que el grupo representó la visión de la depresión maníaca del video por segunda vez¹³. La

¹¹ Cuando supe por mis colegas primatólogos de la NYU que ellos llamaban *eye flash* (“destello ocular”) a una señal similar de “levantar la cabeza” entre primates no humanos, adopté el término.

¹² Algunos ejemplos: ¿Cuál es el colmo del pene? Tener un buen par de huevos y dar por culo al gilipollas. ¿Por qué el ombligo de una rubia está amoratado después de practicar sexo? Porque su novio también es “un poco cortito” (N. del T. = la palabra “blonde” en inglés tiene el doble significado de “rubia” y de “poco inteligente”).

¹³ Me estoy inspirando en el concepto de doble voz de Mikhail Bakhtin: “En . . . la palabra a doble voz, el sonido de una segunda voz es parte del proyecto de la expresión. De un modo u otro, por una razón u otra, el autor hace uso ‘del discurso de otra persona para sus propios fines insertando una nueva intención semántica en un discurso que ya posee y

historia de la manía patrocinada por Abbott en el video es la “primera voz.” La primera voz se convierte en una herramienta pasiva en manos del grupo cuando ellos entonan la “segunda voz” en su propia historia de manía. La historia de las Industrias Abbott se muestra así como un mundo concreto creado en circunstancias particulares: un mundo en el que el Depakote de Abbott dirige los estados de ánimo perfectamente y todo el mundo tiene trabajo. El video de Abbott describe un mundo en el que la condición maniaco-depresiva implica que la persona no puede controlar su propia conducta, no puede reflexionar conscientemente sobre su propio comportamiento, sin la ayuda de un fármaco. Al ser al menos de algún modo consciente e intencionado, el comportamiento de las y los miembros del grupo de apoyo va en contra de la falta de conciencia de sí mismo que caracteriza a un maniaco-depresivo. La representación en la reunión demuestra que las personas maniaco-depresivas, con o sin fármacos, y desde luego sin haber aumentado su medicación justo en ese momento, son gente con la suficiente conciencia de sí mismos como para representar deliberadamente la manía. Su actuación, adecuada en tiempo y espacio, es una comunicación bien diseñada “sobre” la manía, en lugar de un caso de manía consumada. Ver esta autoconciencia, incluso en medio de un suceso que cualquier observador casual definiría como maniaco, nos devuelve al asunto con el que abría este capítulo: si puede haber autoconciencia (y por tanto “racionalidad”), incluso en medio de extrañas experiencias de multiplicidad, la marcada línea entre lo “racional” y lo “irracional” comienza a flaquear.

En mi trabajo de campo a menudo se produjeron momentos en los que algunos entonaron una “segunda voz”. En el picnic anual de agosto para todos los grupos de apoyo del condado de Orange, se pusieron indicaciones por muchos sitios del parque público para conducir a la gente al picnic de la DMDA (Asociación contra la Depresión y Depresión Maníaca). No se detalló el significado de las siglas, pero varias personas comentaron que eran conscientes del hecho de que eran públicamente identificables. En un momento dado, el pequeño grupo de gente con el que yo estaba, discutía la

posibilidad de que el estigma contra la depresión maníaca viniese del hecho de confundir a los maníaco-depresivos con los esquizofrénicos. Una persona opinaba que mucha gente no se daba cuenta de que la depresión maníaca, al contrario de la esquizofrenia, puede medicarse y mantenerse controlada. En este momento, se produjo un *eye flash* (“destello ocular”), iniciando una espontánea representación de manía en la que todos hablaban alto y extremadamente rápido, saltaban de un tema a otro, hacían gestos teatrales, lanzaban miradas vivaces a su alrededor, riendo todo el tiempo. Una mujer hizo que nos dispersáramos entre carcajadas cuando exclamó, “Sí, y también babeamos,” mientras de algún modo conseguía dejar caer hilillos de saliva por la comisura. No eran los mismos protagonistas que representaron la manía en la reunión del grupo de apoyo, pero también tuvieron una rápida respuesta relámpago a la queja de que los maníaco-depresivos sólo pueden comportarse normalmente con ayuda de medicación. Al representar deliberadamente la conducta maníaca, el grupo mostraba los límites de la medicación que probablemente todos tomaban para controlar dicha conducta. La pequeña actuación terminó cuando la mujer que había babeado comentó, “A decir verdad, mi medicina me hace babear, pero sólo un poco,” rompiendo así la simple fórmula de: persona maníaco-depresiva más medicación igual a conducta normal. En su representación, persona maníaco-depresiva más medicación equivale a la conducta anormal de babear.

Pero todavía puede sacarse más provecho de este material. Los sucesos encajan en la definición de interpretación verbal de Richard Bauman, al implicar a un intérprete que asume su responsabilidad “ante un público por la manera en que se desarrolla la comunicación, por encima y más allá de su contenido referencial... Así concebida, la interpretación es un modo de utilizar el lenguaje, una manera de hablar” (Richard Bauman, 1977: 11). Según esta definición, puede parecer que he cometido un error al describir los sucesos de mi trabajo de campo como “interpretaciones.” Normalmente no hay un público separado de los intérpretes, y desde luego no existe una manera formal de evaluar las “interpretaciones,” si es que lo son, según los términos de Bauman. Quiero recuperar una noción más modesta de interpretación, con la ayuda de la descripción que hace

Donald Brenneis del indio “pancayat” de Fiji. El objetivo de una interpretación dramática entre los indios en Fiji no es representar el sentimiento o el estado de ánimo en sí, sino representar las “condiciones que estimulan ese ánimo y las respuestas que le siguen” (Donald Brenneis, 1990: 231). Al contrario que las nociones comunes occidentales, en las que el lugar en que se sitúan las emociones (o los estados de ánimo) es el individuo, una teoría de la poética hindú llamada “rasa-bhava” sitúa los estados de ánimo no individualizados en los sucesos. Los “estados de ánimo” o “aromas”, como también se llaman, son vistos como “sentimientos impersonales, universales.” Además, los sentimientos no parecen ser vistos como estados internos; en cambio, la palabra local hindú para emoción es la “misma que la que se usa para gesto o exposición.” La teoría rasa-bhava también valora el estado de ánimo no individualizado - rasa - por encima de cualquier otro sentimiento personal con el que esté asociado. Por eso los intérpretes se esfuerzan por ofrecer al público una experiencia emocional compartida más que por expresarse ellos mismos (Brenneis 1990).

La descripción de Brenneis aumenta el número de capacidades que podemos ver en las representaciones espontáneas de manía que he descrito. Cada una de ellas comienza con un “destello ocular” de reconocimiento que recorre a toda velocidad el grupo, una señal visual de anticipación maliciosa, un gesto equivalente a la llamada del director de una película, “¡Acción!” La representación que sigue sitúa la “manía” directamente en un marco social, en un espacio intersubjetivo entre miembros de un grupo que, en un momento dado, aprovechan su oportunidad de comentar sus estados de ánimo. El hecho de que lo hagan socialmente aleja el centro de atención del interior, donde el sentido común occidental sitúa la psique. Para aquellos que viven con la etiqueta de la depresión maníaca, el emplazamiento interior de la emoción es donde se supone que está lo que a ellos les falla y para lo que les resulta difícil encontrar una forma legitimante de descripción, aparte del discurso médico. La fuerza de estas interpretaciones es que representan un estado de ánimo no individualizado—como los habitantes de Fiji representan rasa—y dan a esta representación legitimidad en el espacio social de sus reuniones.

En la reunión del grupo de apoyo y en el picnic, no era de esperar, por definición, que personas profundamente marginadas por su clasificación de “irracionales” fuesen capaces de realizar comentarios “sobre” las clasificaciones que las marginaban. Sus comentarios se producían en lugares insólitos, eran efímeros y excepcionales en su forma, surgiendo de manera espontánea a partir de los materiales y experiencias que tenían más a mano. Podrían ser llamadas experiencias sociales “en solución” más que “precipitadas.” Eran formas de acción crítica contra la concepción dominante de enfermedad mental, aunque no estuviesen expresadas en el lenguaje dominante de dichos trastornos, Raymond Williams (1977). Este tipo de experiencias desdibujan la marcada división entre lo racional y lo irracional al mostrarnos cómo gran parte de la vida social y de la imaginación descansa en algún lugar intermedio. Si las reacciones del grupo hubiesen sido “precipitadas,” habrían consistido en una declaración clara, formal, del tipo, “Las personas maniáco-depresivas son lo suficientemente racionales como para controlarse.” Al permanecer “en solución,” sus improvisadas escenas dramáticas creaban sin embargo respuestas agudas a la idea de que las personas que viven con la etiqueta de maniáco-depresivas no pueden controlarse. Una vez que vemos sus acciones como interpretaciones, como artificio, ya no las vemos necesariamente como signos involuntarios de locura causada por fuerzas naturales o biológicas fuera del control de las personas. Como mínimo, podremos ver que sus acciones se encuentran en algún sitio entre estos polos. En la medida en que podamos ver estos sucesos como interpretaciones, conquistamos un modo de ver la manía como un estado que las personas pueden crear activamente, y no como un estado que domina a la persona por completo. Si los actos, aunque sean espontáneos, muestran cierto carácter deliberado, ¿por qué no podríamos considerarlos racionales?. Igual de importante, al verlos como interpretaciones, dichos sucesos también abren espacios en los que podrían plantearse cuestiones sobre los aspectos colectivos y sociales que presenta una demostración de manía. ¿Estaban los grupos de apoyo explorando su camino hacia la consecución de una visión de la depresión maniaca desde su propia perspectiva?. Sus acciones seguían un modelo performativo, modelo dirigido hacia una “meta,”

hacia acciones cuyo sentido era hacer comentarios sobre todos los tipos de fenómenos que estaban manifestando. En cierto modo los grupos mostraban un mensaje dirigido a ellos mismos—estaban tanto actuando como observando—y en cierto modo el público, aunque no literalmente presente, estaba formado por aquellos que comparten la concepción convencional de la depresión maníaca. Reflexionar sobre esos sucesos con el concepto de interpretación, nos ayuda a ver cómo la separación entre lo racional y lo irracional flaquea y cambia.

Las situaciones en que personas etiquetadas de “irracionales” actúan “racionalmente” sacan a la luz tanto la arbitrariedad de la categorización racional-irracional como la poca nitidez de la separación entre ambos. Un escéptico podría replicar que las personas que viven con la etiqueta de maníaco-depresivas no hacen más que moverse entre la lucidez y la confusión, pero sin perturbar la separación entre lo racional y lo irracional. Un suceso acaecido en mi trabajo de campo, en el que un doctor pidió a miembros de un grupo de apoyo a la depresión maníaca de California que ayudasen a un hombre esquizofrénico, ilustra con precisión que su posición sí perturba la línea entre lo racional y lo irracional.

El grupo se reunió al atardecer, en una sala facilitada por un hospital de la costa. La reunión había comenzado hacía algún tiempo cuando entró Sam, un hombre a quien, según me habían dicho otros miembros, habían diagnosticado con mucho acierto como esquizofrénico, no maníaco-depresivo. Por las reuniones anteriores, yo sabía que era inevitable que perturbase la rutina del grupo y que el facilitador había intentado sin éxito hacerle asistir a un grupo NAMI, que está más orientado a la esquizofrenia¹⁴. Cuando Sam entró y se sentó, todos pudimos ver que tenía un corte importante en la cabeza. Nos dijo que había tenido un accidente con su furgoneta; en realidad, la había destrozado al chocarse contra una viga del techo del garaje y había roto el parabrisas con la cabeza. Nos enseñó una carta que había escrito al presidente en Washington, y comenzó a describir sus planes para entregársela en persona, pero una enfermera y un asistente con una silla de ruedas irrumpieron en la habitación y se lo llevaron a la sala de urgencias. Algo después la enfermera volvió para

¹⁴ NAMI es la Asociación para los Enfermos Mentales.

pedir que alguien del grupo fuese a hablar con el Dr. Torrance a la sala de urgencias para “valorar” a Sam.

Cinco de nosotros, Erica, Larry, Michelle, John, y yo, bajamos a la sala de urgencias para ver a Sam. El Dr. Torrance salió a la sala de espera con Sam, y se quedó de pie junto a nosotros formando un círculo. El Dr. Torrance era muy joven, no llegaba a la treintena, de porte serio y con vestimenta de quirófano. Dijo a Sam, “¿Podemos hablar abiertamente? ¿Hay algo que no deba mencionar? ¿Podemos hablar con libertad, como hemos hecho en el cuarto piso (la sala de psiquiatría)?” Sam asintió. El Dr. Torrance nos dijo que la cabeza de Sam estaba bien, su lesión no presentaba problemas: “Lo único que me preocupa es que me gustaría dejarlo marchar sabiendo que se encuentra en situación segura. Hemos charlado largo rato, es evidente que es muy inteligente, pero deberían saber que ayer salió del hospital y me preocupa el hecho de que ahora se encuentra en medio de un viaje a través del país en una misión presidencial. Puede pasar una noche en casa de su hermano hasta que se recupere y consiga reparar su coche, pero esto supone llevarlo hasta Misión Viejo.” Erica dijo que ella tenía coche y podría llevarlo allí. “El hermano,” continuó el Dr. Torrance, “dice que Sam puede quedarse allí, pero no de muy buena gana, ya que justo acaba de conseguir que se independice y esto supondría comenzar de nuevo todo el ciclo.” El Dr. Torrance se quedó entonces callado y nos miró a todos atentamente. Lo imaginé dándose cuenta de que acababa de pedir a un grupo de personas integrantes de un grupo de apoyo a la depresión maníaca que le ayudase a valorar la situación y se responsabilizase de una persona esquizofrénica. Después nos preguntó repetidamente si podía confiar en que cuidaríamos bien de Sam y nos aseguráramos de que llegaría a casa de su hermano.

Todos nos enfrentábamos en ese momento a una especie de problema doble: si estábamos locos, no podíamos valorar ni cuidar de Sam, pero si no lo estábamos quizás Sam tampoco lo estuviese. No sabiendo qué más hacer, todos, incluido el Dr. Torrance, fuimos en tropel al garaje para comprobar los daños ocasionados por el accidente. El coche era una vieja furgoneta VW convertida en autocaravana de fabricación casera. La furgoneta había sido pintada en algún momento de rojo, pero el brillo había desaparecido y los

paneles abollados de aluminio de la antigua autocaravana estaban todos torcidos

El accidente había roto el parabrisas del lado del conductor y abollado el techo en el lado del copiloto. Por lo visto, el vehículo era demasiado alto para la altura de las vigas del garaje. El grupo de apoyo discutió cuál era la mejor manera de llevar a Sam a la casa de su hermano, pasando por dónde dejar la furgoneta, qué ruta seguir en el mapa y si Erica era la persona más adecuada para llevarlo. Erica, ya elegida conductora, preguntó repetidamente a Sam si tenía lo necesario para pasar la noche—cosas como el cepillo de dientes, una chaqueta, etc. En ese momento, Sam entró y salió de la autocaravana varias veces, cada una de ellas peleándose con una puerta que nunca se abría ni cerraba a tiempo, pero nunca parecía encontrar sus pertenencias de viaje. Finalmente salió de la autocaravana con una sonrisa burlona, portando una gran cesta con naranjas frescas, que explicó había cogido de un huerto ese mismo día. Con una sonrisa extraña, fue ofreciéndonos naranjas con gran entusiasmo. En medio de nuestras risas y nuestra incredulidad ante esta incongruencia, Sam dijo, señalando el parachoques de su furgoneta, “Mirad la pegatina.” En el parachoques había una pegatina que decía, “Si no has cambiado de idea últimamente, quizás no tengas ninguna.”

Los giros vertiginosos de este pequeño suceso nos desequilibraron a todos. ¿Cómo podía nadie decidir quién era capaz exactamente de hacerse cargo de la situación? El doctor, después de todo, estaba delegando la responsabilidad sobre Sam a un grupo de maníaco-depresivos. De algún modo, nuestra identidad de “maníaco-depresivos” había sido socialmente reprimida en este contexto. En realidad, estábamos actuando como gente que sabía lo que se hacía. Los maníaco-depresivos, por su parte, entendían lo que Sam necesitaba pero, aunque estaban familiarizados con cambios rápidos en los estados mentales, tenían, a pesar de todo, dificultades para seguir los cambios de sentido de Sam. Parecía no haber salida, porque estábamos todos atrapados en una contradicción: si cada uno de nosotros tenía que ser o bien racional o bien irracional, sin ningún espacio intermedio, estaba claro que el doctor era la única persona racional. El resto éramos irracionales. Pero en ese caso, la decisión del doctor de dejar a Sam en manos de maníaco-depresivos... ¿sería

evidentemente irracional!. Aún peor, el comportamiento del grupo maniaco-depresivo era práctico y dirigido hacia un objetivo, por tanto parecía racional, aunque por definición los diagnósticos realizados a los miembros del grupo los convertían en irracionales. Por supuesto, una salida a esta paradoja sería suponer que los maniaco-depresivos estaban perfectamente controlados por sus respectivas medicaciones y éstas a su vez bajo el control de sus médicos. Podría asumirse que el doctor era plenamente racional sin la ayuda de fármacos. Esto dejaría a Sam, probablemente, sin medicar, como el único descontrolado. Enmarcando esta situación en términos de jerarquía controladora—médicos controlan los fármacos, los fármacos controlan a los pacientes—podemos escapar a la paradoja, pero con un coste. Dicho contexto dejaría fuera el alma cultural del asunto, las complejidades que convierten la situación de Sam en irresistible e interesante. Lo que Sam nos muestra es que los psiquiatras, los asistentes de los pacientes y las personas que viven con la etiqueta de la depresión maníaca constantemente (como cualquier otro) se mueven de un lado a otro de la línea arbitraria que separa lo racional de lo irracional. Cuando se considera la “oscuridad” de la irracionalidad en un contexto social, se convierte en una forma compleja, intermedia, compuesta de oscuridad y luz al mismo tiempo.

CONCLUSIÓN

Al final, mi pánico a no ser capaz de seguir las líneas racionales y lineales de la entrevista fue sustituido por el asombro: asombro ante la importancia de lo que no se dice, asombro ante lo que se puede aprender de cosas socialmente reprimidas, asombro ante las nuevas percepciones conseguidas al participar y observar la vida “en solución.”

BIBLIOGRAFÍA

- BAUMAN, Richard (1977) *Verbal art as performance*, Prospect Heights, IL, Waveland Press.
- BERRIOS, German E. (1996) *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge, Cambridge University Press.

BRENNEIS, Donald (1990) "Dramatic gestures: The Fiji Indian Pancayat as therapeutic event" in Karen A. WATSON-GEGEO and Geoffrey M. WHITE *Disentangling: Conflict discourse in Pacific societies*, (eds.) Palo Alto, CA, Stanford University Press.

BUTTERFIELD, Fox (April 21, 1996) "This way madness lies: A fall from grace to prison", *THE NEW YORK TIMES*. pp. 1, 14

DODDS, E.R. (1951) *The Greeks and the irrational*: University of California Press.

GUIGNON, Charles, Ed. 1993. *The Cambridge companion to Heidegger*. New York, Cambridge University Press.

HALPERIN, David M. (2007) *What do gay men want? An essay on sex, risk, and subjectivity*. Ann Arbor, MI, University of Michigan Press.

HEIDEGGER, Martin (1982) *The basic problems of phenomenology*, Bloomington, IN, Indiana University Press.

KRAEPELIN, Emil (2002) *Manic-depressive insanity and paranoia*, Bristol, England, Thoemmes Press.

MORSON, Gary Saul; Caryl EMERSON (1990) *Mikhail Bakhtin: Creation of a prosaics*, Stanford, CA, Stanford University Press

NUSSBAUM, Martha (2004) *Hiding from humanity: Disgust, shame, and the law*, Princeton, NJ, Princeton University Press.

ROSE, Nikolas S. (1996) *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*, Cambridge and New York, Cambridge University Press.

WILLIAMS, Raymond (1977) *Marxism and literature*, Oxford, Oxford University Press.

WOLFE, Tom (1998) *A man in full*, N.Y., N.Y., Farrar Straus Giroux