



## EXTENDIENDO EL CONTEXTO RELACIONAL AL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS GRAVES: LA EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE PADRES DE PACIENTES PSICÓTICOS<sup>1</sup>

**Antonella Battaglia<sup>2</sup> y Carmine Schettini<sup>3</sup>**  
*ISIPSé, Roma, Italia*

Como psiquiatras y psicoterapeutas tenemos una larga tradición en el tratamiento de la psicosis a través de la terapia combinada, la asociación entre la psicoterapia y la terapia psicofarmacológica. Este tipo de tratamiento es la señal de que más allá de un conjunto de síntomas y alteraciones neuroquímicas, reconocemos la existencia del individuo con su historia específica y su particular sufrimiento.

Hace relativamente poco tiempo que hemos empezado a tener en cuenta los contextos en los cuales emergen y se desarrollan estas historias con sus respectivos padecimientos. Uno de los principales contextos es el familiar, allí donde las relaciones pueden tener un mayor nivel de conflictividad y desde donde se puede exponer al paciente a mayores daños con episodios psicóticos agudos o con un progresivo retiro en el aislamiento.

Paradójicamente los padres de estos pacientes han estado excluidos del protocolo del tratamiento porque eran considerados prevalentemente como elementos perturbadores, de intrusión, e incluso culpables de la patología de sus hijos. Sucesivamente, ellos han sido incluidos en programas terapéuticos psico-educacionales, con el fin de dar cuenta del significado y del surgimiento de los síntomas y de este modo colaborar con los terapeutas para prevenir las crisis.

Sin embargo, desde hace algunos años los autores han constituido grupos de padres de pacientes psicóticos utilizando el enfoque específico del psicoanálisis relacional. En particular se han revelado fundamentales los conceptos de conflicto relacional entre padres e hijos-pacientes, sobre todo de la negociación de necesidades recíprocas y de mutualidad de la regulación afectiva. La experiencia compartida de los padres en el grupo, ha sido utilizada después en la relación con los propios hijos. El grupo ha podido constituir un contexto relacional que, a través del testimonio compartido del trauma y las nuevas experiencias de relación como remedio de la disociación, ha podido reabrir nuevas vías a la esperanza. Esto ha mejorado la sintomatología y el pronóstico, permitiendo incluso en algunos casos la reducción de los psicofármacos.

Llevar los principios del psicoanálisis relacional dentro del contexto psiquiátrico permite pensar la psicosis como una dimensión de la experiencia relacional y no simplemente como una enfermedad individual, grave y crónica. Esto ayuda ulteriormente a mejorar los conceptos de política sanitaria y de la ética en la psicoterapia.

**Palabras clave:** Psicosis, Trastornos Psiquiátricos Graves, Psicoterapia y Psicoanálisis Relacional, Grupos de Padres.

As psychiatrists and psychotherapists, we have a longstanding tradition in the treatment of psychosis through “combined psychotherapy”, namely the association of psychotherapy and psychopharmacological therapy. This type of treatment is a sign that, beyond a host of symptoms and neurochemical alterations, we admit the existence of an individual with his/her specific story and suffering.

Only relatively recently have we begun to take into consideration the contexts in which that specific story and that specific suffering emerge and are shared. One such context is the family, where relationships can be more conflictual to the detriment of the patient, leading to acute psychotic episodes or progressive withdrawal into isolation. Paradoxically, for a long time the parents of these patients were excluded from treatment protocols because they were considered mainly as disruptive, intrusive elements, or even as the very cause of the condition of their son/daughter. Eventually, they were included in “psycho-educational” therapeutic programs aimed to inform the parents about the meaning and onset of symptoms in order to collaborate with caretakers in preventing the crises.

For some years now, the Authors have set up groups of parents of psychotic patients using the specific perspectives of Relational Psychoanalysis. In particular, the concepts of relational conflict between the parents and the sons/daughters-patients, negotiating mutual needs, and mutuality of affect regulation have proven fundamental. The experience shared by the parents in the group was then brought into the relationship with their sons/daughters. The group was able to represent a relational context which, through the shared witness of trauma and the new relationship experiences safe from dissociation, paved new ways for hope. This led to an improvement in symptoms and prognosis, making it possible in some cases even to reduce the dose of psychotropic drugs.

Bringing the principle of Relational Psychoanalysis into the psychiatric context has made it possible to consider psychosis as a dimension of the relational experience and not merely as an individual, serious and chronic illness. This helps to further improve the concepts of healthcare policy and of the ethics of therapy.

**Key Words:** Psychosis, Severe Psychiatric Conditions, Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, Parent’s Group.

*English Title:* EXPANDING THE RELATIONAL CONTEXT TO THE TREATMENT OF SEVERE PSYCHIATRIC CONDITIONS: THE EXPERIENCE OF A GROUP OF PARENTS OF PATIENTS AFFECTED BY PSYCHOSIS.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Battaglia, A. y Schettini, C. (2010). Extendiendo el Contexto Relacional al Tratamiento de las patologías psiquiátricas graves. La experiencia con un grupo de padres de pacientes psicóticos. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (3): 518-530.  
[ISSN 1988-2939]

Soy reacio a abandonar incluso los casos más difíciles. Frases como: la resistencia del paciente es insuperable o el narcisismo no consiente profundizar en el caso han sido siempre para mí inadmisibles... Mientras el paciente venga, existirá un hilo de esperanza y por tanto no he dejado de preguntarme si la causa del fracaso sea siempre la resistencia del paciente, o más bien nuestro rechazo a adaptarnos-aunque sea a nivel metodológico- a las características de la persona. (Sandor Ferenczi)

*A propósito de la selección del personal psiquiátrico:* Están contraindicados aquellos a los cuales la vida les ha regalado una agradable sucesión de problemas de poca envergadura, sin tener jamás una alteración o una crisis, que hayan nacido en lugares tranquilos y apartados, lejos de la revolución industrial y en la penumbra del tiempo que transcurre siempre igual: también éstos están lejos de poder afrontar el problema de la esquizofrenia. Es un problema que con sus ramificaciones, es demasiado desesperado para ellos, y sólo puede dejar una sensación de fracaso y pesimismo sobre la juventud y sobre los tiempos de hoy en día. (Harry Stack Sullivan)

## INTRODUCCIÓN

Hemos titulado el trabajo: “Extender el contexto relacional al tratamiento de las patologías psiquiátricas graves: la experiencia de un grupo de padres de pacientes psicóticos”, pero durante el curso de la lectura, el título podría parecer restrictivo. Podremos más adecuadamente hablar de “La experiencia de la comprensión de la psicosis a partir del trabajo con un grupo de padres a través de la extensión del contexto relacional al campo psiquiátrico”.

## EL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO

El contexto del tratamiento en el cual encontramos a los pacientes psicóticos y a sus familias (de las cuales hablaremos más adelante) es el del Servicio Sanitario Nacional, que en Italia es un sistema público dirigido a garantizar la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos sin distinciones de género, residencia, edad, crédito, trabajo. Este servicio nació en 1978, en el mismo año en que fue aprobada una importante ley de reforma psiquiátrica, inspirada por la lucha cultural e iniciativa de Franco Basaglia. Antes de que se aprobara esta ley, los enfermos mentales graves eran ingresados en manicomios en condiciones de contención física y el tratamiento sólo constaba de terapia farmacológica y/o electroconvulsivos.

Basaglia, empujado por la convicción de que para curar a los pacientes psicóticos, era necesario aplicar métodos humanos- como la reducción de la terapia farmacológica, la eliminación de la contención física, y la instauración de relaciones que promuevan en ellos una mejor calidad de vida dentro del contexto social-promovió un verdadero movimiento cultural que derivó en la creación de la ley (para nosotros la famosa “Ley 180”) que hasta ahora regula el tratamiento de los pacientes con desorden mental. Su aplicación, que fue

lenta y gradual, requirió numerosos años, durante los cuales poco a poco se fueron cerrando todos los manicomios y se activaron las estructuras ambulatorias: el ingreso tan sólo estaba previsto en caso de sintomatología muy grave, para después restituir al paciente (la mayoría de las veces) a su vida en familia. Para alcanzar tales objetivos fue necesario combatir contra muchos prejuicios y fuertes miedos, ya fuera de las familias o de los ciudadanos ignorantes de aquello que significaba tener un desorden mental y de lo injusto que fue excluir a estos enfermos de su propio contexto familiar y social. Justo después de la puesta en marcha de la ley inspirada por Basaglia, se crearon centros de salud mental en todos los distritos de la ciudad para acoger las demandas de tratamiento por parte de personas que sufrían un trastorno psicopatológico grave, y de sus respectivas familias.

Estos pacientes fueron atendidos por un equipo multidisciplinar: de hecho, aparte del tratamiento psiquiátrico y psicológico, casi siempre fue necesario trabajar en colaboración con los trabajadores sociales, los enfermeros y otros trabajadores sanitarios, de manera que se pudieran ocupar de un mismo paciente a distintos niveles. No siempre llega sólo con el tratamiento farmacológico o psicológico: la mayoría de las veces se trata de personas que presentan déficits tan graves que no les permiten defenderse en el plano de la vida social o laboral. Muchos de ellos son reconocidos como minusválidos a nivel legal y reciben una pensión con la cual pueden comprar tabaco, ir al bar, o poco más, pero a menudo también es dinero que viene bien para ayudar a las familias.

Además del centro de salud mental están previstos otros espacios de tratamiento dentro del ámbito del servicio público, donde los pacientes pueden pasar alguna hora del día y en el cual se desarrollan diversas actividades de elaboración guiada, organizadas por colaboradores externos, en particular en lo que se refiere a actividades artesanales. Estas estructuras se denominan centros de día. El servicio público se convierte por tanto para estos pacientes en un punto de referencia fundamental, a veces incluso el único, tanto en lo que respecta al tratamiento como a la vida social.

Paralelamente a la situación de crisis económica que está atravesando toda Europa, en el momento en el que los pacientes se estabilizan, se les intenta buscar un trabajo, la mayoría de las veces con una duración determinada. Sin embargo, siempre se tiene en cuenta que la inserción laboral para estos pacientes supone una prueba extremadamente difícil y que siempre está la opción de retirarse del puesto. Un retiro que se respetará aunque sea fuente de frustraciones para la familia y para el mismo paciente.

Ya con la distancia de muchos años del cierre de los manicomios y de la creación de las nuevas estructuras de cura del desorden mental, se ha comenzado a poner luz sobre el problema de alargar y humanizar posteriormente el contexto de vida de estos pacientes, evitando que se mantengan arrinconados dentro de sus centros terapéuticos, y por eso se está intentando organizar actividades externas que favorezcan el encuentro con el mundo.

La perspectiva actual por parte de las instituciones sanitarias, y de las personas que trabajan en ellas consiste en ayudar al paciente en ayudar al paciente a vivir en un contexto de vida lo más natural posible y al mismo tiempo en trabajar con la familia del mismo paciente, acogiéndola en el servicio y enfrentándose de manera constructiva con sus ansias, y a menudo con su desesperación.

## EL INGRESO DE LAS FAMILIAS EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL

Por lo que respecta a las familias de estos pacientes afectados de patologías graves, y desde hace poco tiempo dentro del contexto institucional, respecto de la historia de los servicios públicos, se ha pensado en aceptarles plenamente dentro del contexto institucional y constituir grupos dedicados a ellos. En el pasado, de hecho estos pacientes eran acogidos y tratados sin que se crearan espacios de escucha y de referencia para sus familiares, para sus angustias y su correspondiente desorientación- sobre todo en el caso de aquellos desórdenes- de aquello que le estaba sucediendo al propio hijo, aparentemente sano antes de la crisis, negando de esta manera el valor de la relación entre padres e hijos y el sufrimiento de las familias. Es más, se consideraba a los familiares- de manera implícita o explícita- como los culpables de la patología y consecuentemente a esta idea se les expulsaba del contexto del tratamiento al considerarles elementos perturbadores.

A menudo, en las narraciones de los familiares del grupo de los padres se suceden los recuerdos del peregrinaje de terapeuta en terapeuta sin conseguir jamás una explicación sobre el sufrimiento del propio hijo y además sintiéndose obligados- por parte del terapeuta- a respetar reglas, para ellos incomprensibles, y que nada tienen que ver con el proyecto de cura, y que la mayoría de las veces no están destinadas a comprender qué comportamientos se deben asumir frente a una crisis improvisada del enfermo.

Esta modalidad parcial y desarmada en el tratamiento del paciente, suscitaba en los padres una fuerte rabia y posterior angustia, acompañada de constantes preguntas a los terapeutas, a veces de modo intrusivo y a la defensiva.

Paradójicamente, esta posición ha venido a confirmar un pensamiento o creencia que los mismos padres tenían sobre ellos mismos en la configuración relacional y, organizando la imagen de los padres en forma de culpa, terminaba por constituir conflictos relacionales que cursaban un daño colateral al tratamiento.

Además, recientemente en algunas instituciones se han activado algunos grupos de auto-ayuda-mutuos, compuestos por padres que después de haber tenido una experiencia de muchos años en un grupo terapéutico, se reúnen solos. Este tipo de experiencia se realiza con los siguientes propósitos: el potenciamiento de algunos recursos- la competencia adquirida por algunos familiares-, el alargamiento del contexto terapéutico y el potenciamiento de la función de auto sostén recíproco, sobre todo en los momentos de crisis de uno de los familiares de cualquier miembro del grupo.

Lo grupos de auto-ayuda, nacieron, por tanto, con la finalidad de aprovechar todos los recursos que se desarrollaron a partir de todos los recursos personales realizados dentro de la institución, para transformar la vivencia y la misma idea de la enfermedad mental: del elemento representacional capaz de retener al familiar del enfermo en una persona pasiva y aislada del contexto social, al problema socialmente compartido que ha llevado a solicitar el crecimiento de las redes sociales, hasta la comprender y valorar todos los posibles recursos del territorio.

Es posible que la perspectiva intrapsíquica del psicoanálisis clásico pueda haber contribuido en el pasado a dejar fuera del tratamiento a los familiares. Sin embargo, nos parece que la ampliación del setting que comprende también el trabajo con los padres en el programa del

tratamiento sea más coherente con los criterios de inclusión con los que pensamos hoy en día las relaciones, y nos parece que en esta tarea el psicoanálisis puede expresar de manera más acertada su propio objetivo y su función de profunda comprensión de las vivencias subjetivas y a menudo dolorosas de la persona.

## EL GRUPO DE LOS PADRES

El grupo a través del cual mostraremos nuestras observaciones, es un grupo de padres, que comenzó hace aproximadamente diez años, y que se encuentra en un centro de salud mental de Roma. El grupo se fue enriqueciendo de nuevas parejas de padres, atendiendo a requisitos de ser medianamente abiertos de mente, a pesar de que desgraciadamente alguno se fue antes de tiempo. Sus hijos fueron seguidos dentro del mismo Servicio con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

El grupo se ha constituido y estructurado, incluida la modalidad relacional del conductor con el grupo, según los criterios de la teoría grupo-analítica de Foulkes (1964): Una teoría que supone el cambio de cualquier componente del grupo, incluido el director, a través de la función del grupo. La técnica está definida por el grupo.

El modo en que hemos organizado la experiencia de los eventos dentro del grupo y el modo de relacionarnos con el grupo han encontrado una profunda inspiración en la teoría sobre el trauma del Psicoanálisis Relacional de Ferenczi. Del psicoanálisis relacional, de Mitchell, a los autores más recientes, además hemos recibido en particular una importante ayuda para este trabajo a través de los conceptos de conflicto relacional (Mitchell, 1988), de mutualidad (Aron, 1996), de negociación (S. Pizer, 1998), de autenticidad (Mitchell, 1993, Ipp, 2006). Además, otra ayuda nos ha llegado de la teoría del entrenamiento en “escucha empática” y de las funciones de objeto de Kohut (1982); de la formulación de la teoría de los sistemas intersubjetivos de Stolorow, Atwood (1992) y Orange (1995), por lo que se refiere a la organización de la experiencia y al emerger de la forma y a la calidad de las relaciones; de la teoría de los sistemas motivacionales de Lichtenberg (1989) en seguir el desarrollo y el acercarse de las diversas motivaciones del comportamiento que se activan en el campo relacional. Debemos mucho reconocimiento a estas teorías que comprenden el gran grupo definido como “Psicoanálisis Contemporáneo” y sobre el cual fundamos nuestro instituto de Psicología del Self y Psicoanálisis Relacional.

Más adelante haremos referencias explícitas o, más a menudo implícitas de los diversos conceptos de las teorías que acabamos de nombrar: para conservar en el escrito un fenómeno de inmediatez cercana a la experiencia clínica que hemos estado haciendo y transmitir el clima apasionado de nuestro trabajo conjunto, hemos elegido sacrificar la citación de los conceptos científicos que han guiado nuestro trabajo y también de los autores específicos de referencia, me detengo ahora en mostrar nuestra inmensa gratitud y esperando, al menos en este contexto, que nos comprendan, al menos en este contexto. Sin embargo, son citados escrupulosamente en la bibliografía.

Las experiencias que mostraremos surgieron del material recogido en el curso de los años, sobre todo de una discusión que se dio entre el terapeuta del grupo, el grupo de los padres y la coautora de este artículo- que con motivo de la presentación de este artículo, ha estado presente en tres encuentros dedicados a reflexionar todos juntos, recorriendo las etapas

más significativas de la historia del grupo en su conjunto y de cada padre. Nos ha parecido importante basarnos no sólo en nuestra experiencia vivida dirigiendo grupos de familiares, sino también en escuchar el punto de vista y la experiencia de cada miembro del grupo.

Lo que más nos ha impactado ha sido que discutiendo todo esto junto a una psicoterapeuta recién llegada y también junto al coordinador del grupo, ya conocido, y habiéndoles pedido a todos que recorrieran solamente las etapas evolutivas más importantes de la experiencia en el grupo, todos han comenzado por contar de modo detallado y conmovedor el periodo en el cual se dieron cuenta de que su propio hijo “ya no estaba bien”; un recuerdo todavía vivo de la soledad y del sentimiento de aislamiento que entonces tenían y ahora mantienen con gran intensidad- un modo que ha hecho partícipe a la nueva psicoterapeuta de sus historias, la han introducido en su propio mundo y nos ha recordado que la experiencia del trauma todavía está viva.

En todos estos años, el grupo ha sido el lugar donde reabrir una historia, donde dar a los acontecimientos tan dolorosos un tiempo: un pasado (“cuando nuestro hijo comenzó a estar mal”) y también con escepticismo e incertidumbre, aunque dramáticamente, un futuro, una alternativa a un presente perpetuo de síntomas, de causas genéticas, reivindicaciones hacia la institución, sentimientos de culpa, conflictos familiares, aislamiento, vergüenza, dificultad y fragmentación de la experiencia de la experiencia en el tratamiento. Esta reapertura ha sido acompañada naturalmente de un sentimiento de esperanza y también de una vivencia de dolor: no se ha tratado sólo de recordar, también de aceptar que en lugar de devaluación defensiva de sus propios hijos (“incapaces”, “perezosos”, “desafortunados”), o una subestimación del sufrimiento (“sólo está un poco deprimido”), para poder comenzar a trabajar era necesario un progresivo reconocimiento del profundo grado de sufrimiento de los hijos y de la familia entera: “emociones insostenibles”, que hasta ahora se soportaban en silencio.

Al principio, sólo las madres habían aceptado participar en el grupo. Después este se ha convertido en el lugar donde también han podido ir entrando los padres sucesivamente para dirigirse más directamente, ellos que al inicio se mantenían en una posición colateral (voluntariamente, evitamos la palabra marginal), respecto de la relación madre-hijo. En el curso de los años estas personas han discutido, peleado, llorado, expresado todas las ambigüedades respecto al tratamiento y a su sufrimiento, y sobre todo al de sus hijos. Han obstaculizado la entrada de sus hijos en la comunidad, después les han retenido al final del recorrido para después acogerles en casa después de haber pasado por fases con fantasías de nostalgia, de expulsión, de acogimiento, sostenidos por una valoración realista y a la vez sufrida de todos los cambios producidos en aquellos años y de las cosas todavía que quedan por hacer, y probablemente de aquellas que no se puedan hacer jamás. Han discutido sus roles como pareja a través de sus propias vivencias como padres, han recuperado sus propios espacios y los han restituido a cónyuges e hijos, fantaseando por el camino con ser acunados por sus hijos, o de poder tenerles de nuevo en brazos con toda la rabia por la tragedia que suponen sus historias.

Paralelamente, en el curso de todo este proceso, un hijo ha podido elaborar una idea más clara del propio sufrimiento, otro ha podido aceptar bastante de buen grado los tratamientos propuestos. Con algunos hijos se ha podido realizar un proyecto de inserción en alguna comunidad terapéutica. Con otros se está intentando una inserción laboral, con muchas dificultades, también por la precariedad social y económica en la cual nos encontramos en

estos años. Para alguno la esperanza todavía no ha llegado.

Todavía no hemos examinado en profundidad la literatura al respecto, y por tanto no podemos asignar al fenómeno un significado concreto, pero podemos decir que hemos tenido en una medida bastante significativa la aparición de patologías con representación somática (alergias, tumores, infecciones, trastornos cardiovasculares) en al menos uno de los padres de cualquier pareja durante el trabajo realizado en estos años. Han sido eventos relacionales, al menos en la dimensión emocional, al igual que la comunicación de las lágrimas, pero en un modo más reservado.

## COMPARTIR LA EXPERIENCIA DEL TRAUMA

Como decíamos, habíamos encontrado a estos padres inicialmente muy desorientados, angustiados, a menudo llenos de rabia o de vergüenza, pero fundamentalmente muy aislados. Ellos organizaban la experiencia del sufrimiento de la relación con sus hijos como una búsqueda de la “causa”: a veces su sentimiento de culpa, a veces la genética, y en la búsqueda de una resolución drástica. Con esta sensación de total...casi todo era demandado a la institución, a veces en sentido de custodia, otras en la búsqueda de recursos imaginarios.

Sin embargo, sin ningún proyecto, sin esperanza, como siempre cuando se piensa desde dentro la experiencia del trauma. Y sin embargo cada uno, cada pareja de padres en sus primeros encuentros se refería a la propia historia como una historia que no se puede compartir: “...al menos tu hijo se toma las medicinas...”, “...al menos tu hija no es agresiva...”, “...como el mío no hay ninguno, es el más grave...”. Pero aquí el grupo ha mostrado un respeto al director: aunque los hijos han tenido desórdenes diversos y las dinámicas familiares son distintas, todos comparten una experiencia subjetiva ciertamente insostenible. Los síntomas, el tipo de desorden, la evolución de las patologías son distintas: la dificultad de sostener una experiencia emotiva tan desorganizada y sin embargo tan parecida para todos.

De este modo, después de algunas sesiones el aislamiento dejó de suponer una variable determinante; incluso los padres más frágiles pudieron renunciar a la posibilidad de decir “nuestra situación es distinta y nadie la puede entender” porque cada uno ha escuchado atentamente las historias de los otros, pero lo más relevante es que en el cerco del grupo han visto las caras del sufrimiento de los otros y se han podido reencontrar. No sólo fueron comprendidos, acogidos, escuchados, ayudados, también fueron testimoniados, recibieron una validación de la propia experiencia de testimonios disponible y altamente competentes por propia experiencia de vida.

Queríamos subrayar cómo el proceso que se desarrolló en estos grupos ha permitido una progresiva puesta en común de la experiencia de todos, consintiendo así modificar gradualmente, la calidad de la experiencia de cualquiera de ellos en la confrontación de la enfermedad del hijo y de producir un paralelo y significativo cambio de las relaciones dentro de la misma familia. Así, desarrollando un afinamiento en la capacidad de escucha y del esforzarse en comprender, el otro ha creado una experiencia nueva que defiende de la amenaza del “golpe”, frenando la angustia cotidiana, y exponiendo un nuevo espacio en el cual del compartir del dolor puede nacer la pre configuración participada y creativa de nuevas posibilidades de intervención y de vida.



## UNA PARTICULAR EXPERIENCIA DEL TIEMPO

Si hasta ahora habíamos expuesto la contribución que la relación entre padres e hijos habían recibido a través del trabajo en grupo, ahora querríamos añadir la contribución que nosotros, terapeutas hemos recibido a través de este contexto de trabajo.

La ayuda que hemos recibido para comprender mejor a este tipo de pacientes, y que nos ha ayudado a mejorar nuestro concepto del tratamiento ha llegado a través de una particular experiencia del tiempo.

El tiempo es una variable significativa para todo tratamiento terapéutico, y por tanto no es específica para el trabajo con grupos de padres. De hecho, aceptamos que toda relación terapéutica necesita un tiempo determinado para que se puedan barajar nuevas opciones de vida para cada uno de nosotros.

En general, el tiempo no se puede perder, así como tampoco se pueden saltar las distintas fases acelerando. Naturalmente, nos recordamos que debemos contar con el hecho de que el análisis no es como un partido de baloncesto, durante el cual el tiempo se puede parar.

Así, en nuestra vivencia, cada padre del grupo ha tenido su necesidad de tiempo, casi siempre de mucho tiempo. Cada vez este problema ha debido ser acordado con lo específico de nuestro trabajo. De hecho, la apertura a nuevas modalidades relacionales por parte de los padres dentro del grupo, no era un fin en sí mismo, sería más bien para generar cambios en sus propios hijos, y por tanto a promover salud a través de sus relaciones. En la mayoría de las ocasiones, ha sido necesario que nosotros, terapeutas, ya sea de los padres, de los hijos, entre nosotros, con el grupo y con los pacientes, debíamos negociar la paradoja entre la necesidad de reconocer un tiempo específico para los padres y la preocupación de que ese tiempo pudiese dañar las condiciones del hijo que estaba, al mismo tiempo trabajando con otro terapeuta. Por ejemplo, un hijo que seguía terapia farmacológica y psicológica, y que desde hacía mucho tiempo les reclamaba a sus padres autonomía. Y cada vez que recibía una respuesta descalificatoria o despectiva por parte de éstos, esto podría avivar un posible delirio, si bien, moderado. Pero también los padres tienen derecho a tomarse su tiempo, para acoger la petición de autonomía por parte de sus hijos, a través del reconocimiento y la elaboración de su propia conflictividad relacional.

Así descrito, este tiempo parecería un tiempo defensiva, que aparecería como necesario, para afrontar la dificultad del cambio: el tiempo de espera. Pero en el trabajo con los padres, la sensación subjetiva de nosotros, los terapeutas, no era sólo un tiempo de espera, la mayoría de las veces nos parecía más como estar “suspendidos”: el tiempo parecía estar parado, ser infinito, si se puede decir así de un modo puramente sugestivo. Permanecíamos todos empantanados dentro del mismo argumento por mucho tiempo, un tiempo a veces insoportable, dentro del cual nada cambiada. Pero durante aquella fase en la que a veces era difícil conservar la esperanza, el argumento que se debatía en aquel tiempo infinito que lentamente se transformaba en drama. Un tiempo parado dentro del cual los detalles de la vida de estas personas formaban historias que nosotros los terapeutas no hubiéramos podido contribuir jamás a que emergieran de forma natural. Un tiempo “imprevisto” por los contenidos que de ahí surgieron. Estos padres nos han obligado a escuchar, a sentir millones de detalles sobre los estilos de vida de estos hijos-pacientes, miles de miedos, de vulnerabilidad, de relaciones con personas, con animales, con objetos inanimados. Por

ejemplo: un paciente después de un largo aislamiento, se hace amigo de un vendedor ambulante extra-comunitario, que un día lo invita a cenar a su casa.

Placer y a la vez miedo y día a día con los padres y con este amigo tomando decisiones, repensándolo, reorganizando para poder aceptar la invitación. Otro paciente que va a buscar animales, incluidos los insectos y pedazos de botella de vidrio que encuentra en el parque de al lado de su casa, y a los cuales se siente unido como si fuesen personas. Los modos en que cada cual debe vestirse, lavarse, pensar en los efectos que los fármacos tienen en sus cuerpos. La atención al valor de la amistad, del dinero, de los regalos, de los objetos, recibidos, perdidos, recuperados, negados...un verdadero microanálisis: las miles de piezas que componen el comportamiento para vivir un día, una semana, cualquier mes, en estado de suficiente cohesión psíquica. Es verdad, son todas cosas que sabemos, las hemos estudiado, las hemos oído en los congresos, pero que no están verdaderamente presentes en nuestra mente como experiencias importantes en las conversaciones con nuestros pacientes. Muchas veces aparecen en la escena personas, animales, objetos que nosotros en nuestra vida cotidiana ni siquiera miramos. Nuestros pacientes psicóticos llevan una vida que no se parece en absoluto a la nuestra, se organizan, se hieren, se reorganizan en modo y tiempos prevalentemente distintos a los nuestros. No sólo organizan su experiencia de diferente modo, sino formando su propia experiencia en otra parte. Todos nosotros sabemos reflexionar sobre la experiencia ajena de abuso sexual, sobre el terreno después de que un terremoto haya devastado la propia ciudad, sobre la incertidumbre de poder comer todos los días, sobre las discriminaciones racistas. Pero cuando escuchamos una exposición de un colega que no sólo ha reflexionado sobre estos episodios, sino que ha vivido alguna de estas experiencias, entonces podemos discriminar que suena una música totalmente distinta. Por tanto, ningún analista es esquizofrénico o prevalentemente psicótico y es bastante raro que uno de nosotros tenga un familiar con una patología psiquiátrica tan grave.

Por desgracia, alguna vez, nos ayuda en el esfuerzo por la comprensión y sobre todo en la paciencia que requieren estos encuentros, algún familiar con alguna patología física de gravedad equiparable, pero por suerte no es lo habitual.

Por ello, hemos recurrido a la afirmación de Sullivan (1962) a propósito de la selección del personal psiquiátrico: “Están contraindicados aquellos a los que la vida les ha regalado una agradable sucesión de problemas de poca magnitud, sin tener jamás una alteración o una crisis, que han crecido en lugares tranquilos y apartados, lejos de la revolución industrial y en la penumbra del tiempo que transcurre siempre igual: también estos están lejos de poder afrontar el problema de la esquizofrenia. Es un problema que con sus diversas ramificaciones es demasiado desesperante para ellos, y sólo puede dejarles un inútil desaliento y pesimismo sobre la juventud y sobre el tiempo”.

Hay muchísimas cosas importantes, que forman la vida de estos pacientes, los terapeutas pueden no saberlo por dos motivos: podemos no preguntarles voluntariamente por no exponerles a posibles estados de vergüenza, por tanto preguntas que pensamos, las evitamos hacer durante un tiempo prolongado de tiempo, al menos de forma directa. Después también están, tal vez con mayor frecuencia, preguntas que ni siquiera se nos pasan por la mente. ¿Por qué? Por ejemplo por qué son preguntas que deberían surgir de una mente, la nuestra, que sin embargo se forma prevalentemente en contextos, para la mayoría que difieren absolutamente de los contextos de nuestros pacientes. Y aunque hayamos hablado durante años con estos pacientes en nuestro ambiente, y aunque a

menudo hayamos ido a sus casas a visitarlos, nunca hemos habitado en su mundo. Ninguno de los trabajadores ha tenido que reconstruir su mundo para conseguir suficiente estabilidad para adaptarse con el menor daño posible, es más hemos conseguido habitar este mundo obteniendo numerosas ventajas envidiables, incluido aquello de haber podido desarrollar una labor creativa de la experiencia traumática personal.

Tenemos muchas y buenas relaciones en nuestra vida privada y en la profesional, pertenencias a diversos grupos, no sólo profesionales, también en el ámbito de la música o del arte; disponemos de bastante dinero, necesidades cubiertas y teorías sofisticadas para comprender el mundo. También obtenemos muchas gratificaciones en nuestra práctica clínica gracias a otros “interesantes” y “analizables” pacientes. La persona psicótica está fundamentalmente aislada, no tiene familiares que sepan estar cerca de ellos, no tienen suficiente dinero, casi siempre no tienen trabajo, muchas dificultades para comprender el contexto en el que se encuentran y para hacerse comprender por los otros, son víctimas de los efectos colaterales que suponen los fármacos, que a menudo son más que evidentes en su cuerpo (temblores, sedación, obesidad) y otros síntomas. Dificultades muy complejas, y una calidad de vida más bien pobre. Podemos sentir una experiencia semejante a la suya en muy pocos momentos, por ejemplo cuando en nuestros Servicios Públicos encontramos nuestras salas sucias y desordenadas como lo puedan estar sus casas, cuando las tensiones en el trabajo, transforman las relaciones entre nosotros, el personal, en relaciones de objeto arcaicas, cuando en las mayores y más graves dificultades clínicas con las que nos encontramos nos sentimos solos por la fragmentación del equipo de los terapeutas y puede ser que en peligro por la integridad física o por riesgos legales. Pero son experiencias verdaderamente transitorias respecto a la continuidad del desastre en el que vive esta gente.

Si nuestra vida cotidiana es tan lejana a la de nuestros pacientes psicóticos, si verdaderamente en este caso la vivencia recíproca de extrañeza no puede ser concebida en términos de mutualidad, y si el paciente psicótico se asoma a nuestra experiencia antes que a nuestra comprensión, ¿Cómo sostenemos la responsividad que nos es requerida previa a la comprensión? Parafraseando a Thomas Nagel “(Qué efecto tiene ser un murciélago”,1974), nosotros no podemos saber exactamente “que efecto tiene ser un psicótico”.

Hemos utilizado el concepto de extrañeza y la imagen del murciélago para subrayar, quizá exagerándolo un poco, el esfuerzo que debemos hacer para encontrar al otro, en vez de crear una pareja de opuestos. Sabemos que estamos constantemente expuestos en nuestras relaciones a la experiencia de inclusión y a la de exclusión, y el mundo psicótico nos lo recuerda de un modo mucho más llamativo.

Gaetano Benedetti (1987) sostiene que: “Es en el sufrimiento del psicótico donde encontramos los problemas más graves de la mente humana. Afrontarlos quiere decir iluminar al ser humano de significado y sentido, alcanzando una mejor comprensión del ser humano en general, no sólo de la persona psicótica”. Por ello pensamos que con de este tipo de pacientes no podemos olvidar la dificultad de estar en el mundo sosteniendo la esperanza, alguna vez incluso reconociendo la ilusión, y en general manteniendo la tensión hacia el acogimiento antes que hacia el conocimiento.

Hemos ayudado a un grupo de padres y el grupo nos ha ayudado a nosotros a escuchar historias de una manera que jamás se habían escuchado antes: trabajar con el grupo de

padres ha sido radicalmente distinto que seguir individualmente a cada familia de los pacientes psicóticos. Hemos aprendido mucho, incluso hasta superar los límites de nuestra propia comprensión. Las teorías a las que nos hemos referido nos han proporcionado un contexto más seguro, una casa relacional, recordando a Mitchell, en lo que se refiere tanto a la comprensión como a la dificultad de la misma, al menos para desarrollar una amplia capacidad de escucha, antes de crearnos prejuicios definidos sobre la incurabilidad.

Del mismo modo, debemos estar agradecidos a estos padres por haber contribuido significativamente a tejer la trama dentro de estos nuevos contextos y por habernos obligado, de alguna manera a tomarnos un cierto tiempo de tolerancia, sin el cual, puede que hubiésemos corrido el riesgo de escribir un trabajo propio sobre la imposibilidad de curación. Probablemente deberemos recordarnos a nosotros mismos en nuestra práctica clínica y en la construcción de nuestros modelos teóricos.

¿Cómo podemos tratarnos de nuestra propia subjetividad, de la elección de las teorías al personal estilo de vida y valores propios, para mantenernos “relacionales”?

Esperamos poder utilizar las historias que hemos escuchado de estos padres como imágenes, como escenas para poder recordar, sobre todo cuando estemos a punto de perder la posibilidad de dejar un pensamiento abierto a la comprensión “más allá de las fronteras” conocidas.

## RIASSUNTO

Come Psichiatri e Psicoterapeuti abbiamo una lunga tradizione nel trattamento delle Psicosi attraverso la “terapia combinata”, l’associazione tra la Psicoterapia e la terapia Psicofarmacologica. Questo tipo di trattamento è il segno che al di là di un corteo di sintomi e alterazioni neurochimiche riconosciamo l’esistenza di un individuo con la sua specifica storia e la sua specifica sofferenza.

Solo in un tempo relativamente recente abbiamo cominciato a prendere in considerazione i contesti nei quali quella specifica storia e quelle specifiche sofferenze emergono e vengono condivise. Uno dei contesti principali è quello familiare, laddove le relazioni possono avere maggiore conflittualità ed esitare a danno del paziente con episodi psicotici acuti o progressivo ritiro nell’isolamento.

Paradossalmente i genitori di questi pazienti sono stati per lungo tempo esclusi dai protocolli di cura perché considerati prevalentemente come elementi di disturbo, di intrusione, se non addirittura colpevoli tout-court della patologia dei loro figli. Successivamente essi sono stati inclusi in programmi terapeutici di tipo “psico-educazionale”, volti a rendere i genitori edotti sul significato e sull’insorgenza dei sintomi al fine di collaborare con i curanti per prevenire le crisi.

Da alcuni anni, invece, gli Autori hanno costituito gruppi di genitori di pazienti psicotici utilizzando le prospettive specifiche della Psicoanalisi Relazionale. In particolare si sono rivelati fondamentali i concetti di conflitto relazionale tra genitori e figli-pazienti, quelli di negoziazione dei bisogni reciproci e della mutualità della regolazione affettiva. L’esperienza condivisa dai genitori nel gruppo è stata poi utilizzata nella relazione con i propri figli. Il gruppo ha potuto costituire un contesto relazionale che, attraverso la testimonianza condivisa del trauma e le nuove esperienze di relazione a riparo dalla dissociazione, ha potuto riaprire nuove vie per la speranza. Questo ha migliorato la sintomatologia e la prognosi, permettendo in alcuni casi anche la riduzione degli psicofarmaci.

Portare i principi della Psicoanalisi Relazionale all’interno del contesto psichiatrico permette di pensare la psicosi come una dimensione dell’esperienza relazionale e non semplicisticamente come una malattia individuale, grave e cronica. Questo aiuta ulteriormente a migliorare i concetti di Politica Sanitaria e dell’Etica della terapia.

## REFERENCIAS

- Aron, L. (1996), *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. The Analytic Press, Hillsdale. NJ.
- Beebe, B., Lachmann, F.M. (2002), *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. The Analytic Press, Inc.
- Benedetti, G. (1987), *Psychotherapy of Schizophrenia*. New York University Press.
- Davies, J. M., Frawley M.G. (1994), *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse*. Basic Books, New York.
- Ferenczi, S. (1931), *Child analysis in the analysis of adults*. The International Journal of Psychoanalysis, (12), pp. 468–482.
- Ferenczi, S. (1932), *Journal Clinique*. Payot, Paris, 1985.
- Foulkes S. H. (1964), *Therapeutic Group Analysis*, Allen & Unwin, Londra.
- Garfield, D.A.S. (1995), *Unbearable affect. A guide to the psicotherapy of psychosis*. Wiley & Sons, Inc., New York.
- Hoffmann, I.Z. (1998), *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process*. The Analytic Press, Hillsdale. London.
- Ipp, H. (2006), *Dialectics of multiple languages of self-revelation*. ISIPSé International Conference, Rome, Italy
- Kohut, H. (1982), *Introspection, empathy and the semicircle of mental health*. Int. J. Psychoanalysis, 63, 395.
- Lichtenberg, J.D. (1989), *Psychoanalysis and Motivation*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Mitchell, S.A. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis. An integration*. Harvard University Press, Cambridge (Mass.) – London.
- Mitchell, S.A. (1993), *Hope and Dread in Psychoanalysis*. Basic Books, NY, 1993.
- Nagel, T. (1974), *Mortal Questions*. Cambridge University Press, 1979.
- Orange, D. (1995), *Emotional Understanding. Studies in Psychoanalytic Epistemology*. The Guilford Press.
- Pizer, S.A. (1998), *Building Bridges: the Negotiation of Paradox in Psychoanalysis*. The Analytic Press, Hillsdale. NJ.
- Stolorow, R.D., Atwood, G.E. (1992), *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. The Analytic Press, Hillsdale. NJ.
- Sullivan, H.S. (1962), *Schizophrenia as a Human Process*. W. W. Norton & Company.

Original recibido con fecha: 4-5-2010 Revisado:11/10/2010 Aceptado para publicación: 13/10/2010

## NOTAS

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la IARPP Annual Conference 2010 “Expanding the Relational Context: Sex, Desire, Politics, Economics, Aesthetics, Technologies”. San Francisco–California–25-28 Febrero 2010. Traducción castellana de Antia Revenga Varela.

<sup>2</sup> Antonella Battaglia, Psicóloga, Psicoanalista, Miembro ISIPSé (Istituto di Psicologia Psicoanalitica del Sé e Psicoanalisi Relazionale), Grupo-analista SGAI (Società Gruppoanalitica Italiana), Miembro IARPP (International Association of Relational Psychoanalysis and Psychotherapy). Roma – Italia.

<sup>3</sup> Carmine Schettini, Psiquiatra, Psicoanalista Miembro y Profesor de ISIPSé (Istituto di Psicologia Psicoanalitica del Sé e Psicoanalisi Relazionale), Grupo-analista SGAI (Società Gruppoanalitica Italiana), Miembro IARPP (International Association of Relational Psychoanalysis and Psychotherapy), Roma – Italia.