

# INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL POSTRACIONALISTA EN LAS PSICOSIS. (HACIA UN SERVICIO DE “BASE SEGURA”)

Dr. Giovanni Cutolo

Profesor de Psicoterapia Universidad de Siena

Director de Psiquiatría y Director del Servicio de Salud Mental ASL 9 (Área Básica de Salud) Massa Marittima (Grosseto)

*This relation represent the first attempt to apply Vittorio Guidano's post-rationalist model to the institutional intervention of Mental Health Public Services, of psychosis and of the hard personality disorders. The author, a Guidano's pupil and collaborator, and Director of an Italian Mental Health Service, describes the positive interaction between a direct experience and the technical contributions of a perspective that propose a reflection on "what we can do" with not-rationalist categories. In particular underlines on a hand the importance of an Observer-Service analysis, its functioning and interaction mode with the psychotic subject, as a preparation to understand the personal meanings underlying a psychotic crisis. On the other hand describes a series of practical intervention modalities that permit a therapeutic approach to the psychotic subjectivity and that can avoid intervention to contain or to silence the crisis: that modality, extending Bowlby's metaphor, try to configure a "Secure Base" Service.*

*Key words: Post-rationalism, "secure base" service, institution, subjectivity, inter-subjectivity*

---

## INTRODUCCIÓN

Desde hace 30 años aproximadamente en Italia se está llevando al cabo un cambio radical de la asistencia psiquiátrica, debido a una ley de reforma de 1978 que prohibió el internamiento en los hospitales psiquiátricos, estructuras que, de hecho, hoy en día ya no existen. La ley planteó que los trastornos mentales fueran atendidos de manera predominantemente descentrada en el territorio, a través de servicios autónomos y organizados de manera integrada para un área determinada.

La reforma de 1978, basada en la experiencia y las teorías de Franco Basaglia y fundada sobre presupuestos epistemológicos que subrayaban el aspecto social del trastorno psíquico, puso de manifiesto el dramatismo y la evidencia de los trastornos mentales, gracias que el contexto de observación de las personas pasó a ser el

desarrollo de su propia vida. El hecho de que ya no se pudieran confinar y segregar en el contenedor “manicomio” obligó a los profesionales de los servicios a confrontarse con la gravedad del trastorno “sin protecciones institucionales” y estimuló modalidades cognoscitivas originales y en gran medida aún por verificar.

Dentro de este marco, el modelo postracionalista de Vittorio Guidano ha adquirido un valor especial por la riqueza, la complejidad y la fuerza de su capacidad explicativa, incluso de los trastornos mentales más graves. Vittorio Guidano siempre se había interesado por la intervención en la psicosis y por los que ahora se denominan “trastornos de la personalidad”, debido a que los consideraba comprensibles desde un continuum normalidad-neurosis-psicosis. En los últimos años de su vida su interés especial por la esquizofrenia (ver, entre otros, la ponencia en el VII Congreso sobre el Constructivismo en Siena, 1998), había crecido hasta el punto que estaba preparando un libro sobre este argumento, que había coordinado la puesta a punto de otro volumen escrito por algunos de sus discípulos, en el cual estaban previstas varias intervenciones sobre el tema de la psicosis, y que participaba en un “grupo de debate” mensual sobre la psicosis con sus propios alumnos<sup>1</sup>. Las primeras dos de estas iniciativas, por desgracia, se interrumpieron a causa de su prematuro fallecimiento. Su formación universitaria le había puesto en contacto con los trastornos graves desde el principio de su carrera, y, a pesar de que luego ejerció más que nada en un despacho de psicoterapia, había mantenido su interés por los trastornos psicóticos aceptándolos cuando “llegaban” a su consulta y, sobre todo, debatiendo sobre el tema en los espacios de supervisión de sus discípulos en formación. Subrayo el hecho que de entre los centenares de personas que han estudiado con Guidano, la mayoría son psiquiatras y psicólogos que trabajaban y trabajan en los servicios públicos, entre otros, yo mismo.

Uno de los aspectos más originales del trabajo de Guidano, aún poco conocido en el ámbito del mismo cognitivismo, es el haber adoptado una nueva perspectiva, etológica y antropológica, desde la cual observar los fenómenos humanos, lo que constituye una continuación y una superación de la observación evolutiva a la manera de los psicólogos cognitivistas (Piaget) y del apego (Bowlby). Los seres humanos son vistos a través de una mirada “etológica”, la misma con la que se observan las interacciones de los animales en su ambiente de vida; una mirada que, además, es antropológica, al tener en cuenta la manera específicamente humana de relacionarse y de construir vínculos, afectos y normas “implícitas” de funcionar (ver Polanyi, Hayek). Tales fenómenos se tienen que investigar y comprender desde la subjetividad del individuo, es decir, a partir de la experiencia de la propia persona. La “unicidad” de Vittorio Guidano consiste, en mi opinión, en saber utilizar categorías “objetivas” procedentes de las neurociencias, así como de todas las otras disciplinas que se plantean el problema del conocimiento humano, y de comprobarlas desde una perspectiva “en primera persona”.

El objetivo de este artículo es llevar al cabo unas consideraciones sobre las

aportaciones cognoscitivas estimuladas por el modelo postracionalista de Vittorio Guidano acerca del tratamiento de la psicosis y de los trastornos “graves” de la personalidad dentro de un servicio público. Específicamente, se pondrán de manifiesto las modalidades que puede implementar un servicio dentro de las instituciones para construir un marco terapéutico “comprensivo” y atento a la subjetividad, antes que servir de simple contención, convencidos que el valor terapéutico central consiste en la reconstrucción del significado con la persona que atraviesa la crisis psicótica.

Las aportaciones cognoscitivas de esta modalidad se refieren especialmente a dos aspectos:

1. La posibilidad y la oportunidad de analizar la posición en que se halla el observador, representada en este caso por el servicio y los profesionales que operan en ello.
2. Una visión que considera la psicosis y los trastornos graves de la personalidad como una forma de experiencia y de conocimiento, dentro de un contínuum con la normalidad y la neurosis, donde el sujeto intenta mantener una coherencia de sí mismo, agarrado a los vínculos establecidos por un “significado personal” construido a lo largo del desarrollo evolutivo según sus características de apego.

### **¿ES POSIBLE UN MODELO INSTITUCIONAL DE INTERVENCIÓN EN LA PSICOSIS CENTRADO EN LA PERSONA?**

El análisis propuesto procede de mi experiencia como director de un Servicio de Salud Mental en un territorio acotado geográficamente (45.000 habitantes), una zona sugestiva de la Maremma Toscana<sup>1</sup> (Massa Marittima y Follonica<sup>2</sup>), durante un período de observación de 27 años dentro de una estructura organizativa unitaria, el Servicio de Salud Mental, principalmente de una teoría y de un modelo dados, a saber, el postracionalismo.

Como hemos puesto de manifiesto, un objetivo de Vittorio Guidano fue desarrollar un conocimiento de los fenómenos psicopatológicos, neuróticos y psicóticos en un contínuum con la “normalidad”, que tuviera como referencia central y constante la manera en que el ser humano, el sujeto, experimenta, conoce y reflexiona sobre la realidad.

La importancia de la subjetividad, del punto de vista de la persona, frente al del *mundo psiquiátrico objetivo*, entendido como agencia científica que crea esquemas de clasificación y, además, como institución psiquiátrica, es uno de los aspectos centrales, pero no exclusivo de esta aproximación. Una de las innovaciones más importantes del modelo postracionalista, a diferencia del “modelo representacional” tradicional que supone la existencia de una realidad objetivamente válida para todo el mundo, es el énfasis puesto en el aspecto “constructivo” de la realidad por parte del sujeto, según una modalidad autopoiética y autorreferencial.

Relacionada con ésta, la otra novedad es la introducción del concepto de “observador” en el fenómeno psicótico, es decir, la diferenciación y la separación entre el punto de vista del sujeto que experimenta y conoce y el de sus observadores, en la descripción y la interpretación de su experiencia. Dicha distinción es especialmente importante en el abordaje de la psicosis, dado que puede determinar nuevas formas de intervención.

### **Punto de vista “objetivo” y punto de vista “subjetivo”**

Guidano subraya, tanto en la experiencia normal como en la psicopatológica, la divergencia del sentido individual frente al “punto de vista objetivo” que otras personas, pero incluso el mismo sujeto puede adoptar sobre sí mismo. Dice Guidano (1986-2007):

*“El punto de vista objetivo es el punto de vista que llamamos racional, abstracto, el que forma parte de la creatividad, del debate conceptual, también de la trascendencia, en el sentido de ir más allá de la propia experiencia inmediata... es la capacidad para verse desde fuera. Sin embargo, el punto de vista objetivo no se sustituye al subjetivo, sencillamente es antitético, es una imagen antagonista de la realidad que no le sustituye, y el subjetivo expresa cosas totalmente distintas.*

*El punto de vista subjetivo expresa la que es la inmediatez emotiva de la persona, que no es un añadido de la otra. Nosotros siempre hemos tenido una actitud por la cual, entre los dos puntos de vista, siempre hemos escogido el punto de vista objetivo, por la elección racionalista de fondo por la que actualmente aún pagamos..., pensando que el punto de vista subjetivo de algún modo se podía reducir o adscribir en el objetivo más general. Esto es lo que generalmente hacemos con los pacientes, porque lo hacemos también con nosotros mismos... El punto de vista subjetivo siempre es lo inmediato, es la visión “desde dentro” que tienes de las cosas. Todo lo que ocurre con el lenguaje y con el pensamiento es objetivo. Como decía Bertrand Russel, nosotros tenemos en nuestros adentros estas dos capacidades de conocimiento, el “knowledge by acquiring” y el “knowledge by description”<sup>3</sup>. El primero es el que sientes por inmediatez, el segundo es el conceptual, que describe las cosas, es el pensamiento... Sentir nostalgia es un punto de vista subjetivo y es todo discurso tácito de inmediatez... decírtela y derivártela, explicártela, conectarla con una imagen, hacer que vengan a la mente unas referencias literarias, todo esto es el punto de vista objetivo... pero el choque ocurre dentro de ti, éste el punto del que hay que ser conscientes”.*

Mientras que en la eclosión “neurótica” esta diferenciación cognoscitiva tiende a quedarse circunscrita a la dinámica interna del Sí Mismo, o puede ser referida por el sujeto a un interlocutor con cierta tranquilidad, en la eclosión

psicótica la separación entre conocimiento subjetivo y objetivo se convierte en una ruptura del sentido común, extendida al mundo social y no fácilmente aceptable por el observador. Dice, además, Guidano (ídem):

*Lo que quiero decir es que... también para uno que tiene un delirio místico... este delirio místico no es una sencilla manifestación del trastorno... es una construcción suya, una creación suya que de algún modo vuelve inteligibles las experiencias de los demás. Que aquél no es inteligible para nosotros... ¡claro!... para nosotros observadores no psicóticos... pero tú no sabes lo que ocurre en su mundo... quiero decir, que en su mundo el delirio místico que tiene puede hacer que tu mirada de ahora, sin que tú le digas nada, a él le pueda decir muchas cosas... para él significas muchas emociones y grandes confirmaciones... para ti no significa absolutamente nada, qué va ¡tú estabas mirando una baldosa en el suelo!... pero él tiene un código de referencia totalmente diferente...*

La eclosión psicótica se manifiesta con comportamientos y estados de ánimo que invaden la persona de manera absoluta, que se transmiten e involucran fuertemente a las personas, como los familiares, y a las estructuras sociales, por ej., las instituciones psiquiátricas o los Servicios<sup>4</sup> donde es atendido el individuo.

Lo que acaba por ocupar la escena entera es justo este fuerte impacto en el mundo social, que se convierte en el foco de atención del sujeto y de sus interlocutores y acaba por hacer sombra a la dinámica interna del Sí Mismo que se vuelve entonces menos evidente y más difícil de explorar. Esta fractura entre los significados compartidos intersubjetivamente y socialmente que se expresa y es percibida por el observador a través de una fenomenología dramática, provoca en el mundo interpersonal y social reacciones “corto circuitadas”, que los sistemas de tratamiento traducen en modalidades “normativas”, en cada caso silenciadoras, contenedoras, asistenciales o rehabilitadoras. Elemento común y “primario” de este tipo de intervención, llevada al cabo por las estructuras y recursos existentes en los Servicios, es el de eliminar o, al menos, reducir ese dramatismo a un nivel socialmente aceptable. Esas formas corrientes de respuesta institucional, que denomino “automatismos burocráticos”, se caracterizan por ser rígidas y repetitivas, a causa de la necesidad comprensible de responder a un acometido de salvaguarda social; de hecho, permiten que las personas que trabajan en los Servicios sean sujetas al mínimo desgaste personal y profesional. Asimismo, esta modalidad de intervención tiende a convertirse en una praxis automática y burocrática, volviendo muy difícil para los profesionales mismos llevar al cabo una reflexión sobre lo que ocurre en la interacción entre ellos y el paciente: la tácita y continua negación, “burocráticamente” inevitable, de la variedad y de la complejidad de los aspectos individuales que expresa la persona en crisis.

Cuando se presenta un trastorno psicótico se activa una praxis consolidada de intervenciones reduccionistas y constrictivas de la subjetividad por parte del

Servicio. En general, se considera inútil o imposible una reconstrucción histórica y contextual de la eclosión crítica y de su evolución, hecha con el sujeto, especialmente centrada en las circunstancias por las cuales no se puede dar a la experiencia perturbadora una explicación integrada en el Sí Mismo.

De todas las maneras, casi siempre se da por descontado que una intervención “psicoterapéutica” –con este término me refiero a una intervención respetuosa de las normas de reciprocidad, de la búsqueda de un significado y de la reconstrucción narrativa por medio de una alianza terapéutica– es considerada poco viable en el Servicio, en el mejor de los casos es sucesiva y siempre subordinada a los tratamientos farmacológicos, contenedores y de rehabilitación. Es decir, cuando el sentido y el significado personal, el tema expresado con dramatismo por la crisis, se ha silenciado y está apagado.

Todo esto se puede resumir así: para entender qué efectos puede ejercer el Servicio en la evolución de la crisis hace falta intentar entender *antes* los efectos provocados por la crisis en el Servicio.

### **Dos modalidades de intervención que hay que integrar: el nivel de la mediación intersubjetiva como base para la exploración de la subjetividad.**

No es mi intención aquí sostener posiciones antipsiquiátricas o de exaltación de la sintomatología psicótica. Es evidente que es difícil, a veces imposible, construir una relación terapéutica con una persona que ha roto los vínculos con el mundo de los otros. Lo que quiero decir es que sería un error epistemológico tomar como ámbito de conocimiento el **nivel intersubjetivo** en el cual se manifiesta la crisis, es decir los efectos en el observador-institución, sin tomar en cuenta el más íntimo **nivel semántico personal**, conectado con los temas básicos de vida, no directamente asimilable al mundo social, y expresado por el sujeto de manera intensa pero confusa. Guidano notaba, de manera clara, que la actitud más común es que “*las sensaciones y la experiencia del observador se toman como cualidades del observado*”. (Guidano 1998).

Desde mi punto de vista, la confusión nace por el hecho de que el Servicio no se puede eximir de la ***función social de mediación intersubjetiva***, a causa del dramatismo comportamental y emocional de la crisis psicótica al cual es expuesto de manera directa; por ello, tiene que contener y limitar no sólo los efectos familiares y sociales de la crisis, sino, por encima de todo, los dirigidos a los profesionales del mismo Servicio. En esta situación resulta difícil mantener un nivel objetivo de tratamiento, el propio de la intervención sanitaria, que es su acometido. Considero que el objeto del tratamiento por parte de los Servicios psiquiátrico-psicológicos no puede ser escindido del conocimiento del significado subjetivo expresado por la crisis de la persona. Por citar un ejemplo desde una disciplina muy diferente de la psicológica y de la psiquiátrica, en la cirugía, el cirujano no se puede dejar influenciar por los efectos emocionales, como el asco que le puede causar una herida

infectada, sino que tiene que dirigir su atención exclusivamente hacia la diferenciación de las partes a preservar de las que hace falta quitar.

Quisiera desarrollar esta idea para poder esclarecerla. En la psicosis, al entrar en crisis, se ponen de manifiesto las dos funciones del “Self” identificadas por Bruner, « la “intersubjetiva”, que se refiere al equilibrio entre el reconocerse con los demás y el “desmarcarse” de ellos, y una función de individuación, relacionada con el desarrollo de una identidad propia por parte del mismo sujeto» (Bruner y Kalmar, 1998, cit. en Mannino, 2005).

Si el acometido de un “buen” Servicio es el de curar, en el ámbito psiquiátrico esto se debería traducir en favorecer la función de individuación de la persona, ayudándola a mantener la integridad del Self; de esta manera, la persona podrá seguir construyendo equilibrios más avanzados, pero coherentes con su “sentido de sí mismo”. El Servicio no sólo debería conseguir responder a la conducta o a la actitud, que dan la impresión de ser incomprensibles, molestas o destructivas por el propio sujeto, como si este comportamiento únicamente tuviese el significado intersubjetivo de dirigirse exclusivamente a los demás. Debería, asimismo, conseguir ver el aspecto individual –intrapésico, subjetivo– de expresión de un “significado personal”, de un tema específico del sujeto que, en el articularse de la crisis, puede aparecer como no directamente comunicable al no poderse integrar en la realidad social, ni en la del sujeto mismo.

Hace falta identificar y diferenciar los dos niveles, intersubjetivo y subjetivo, ya que son dos distintos “dominios de experiencia”, interconectados pero no superpuestos conceptualmente.

El “buen” Servicio podría intervenir en el primero, el intersubjetivo, reduciendo su carga desestructurante, sin ahogar al segundo, el subjetivo, cuya expresión sintomatológica, reducida por una intervención mediadora, permite el acceso a temas de significado más profundos. Para una mejor comprensión teórica de este punto puede ser útil una intervención de Marco La Rosa sobre la “distinción entre dominios”, accesible en la red (La Rosa, 2005).

De esta manera, el Servicio evitaría asumir la función de una agencia de control y de orden público, o, en el mejor de los casos, una agencia de intervención social que solamente lleva al cabo una acción de restablecimiento del equilibrio intersubjetivo, acción, por otro lado, inevitable.

En este punto, la pregunta que podemos ponernos es si y cómo el acometido terapéutico de un Servicio pueda ir más allá de esta función “racionalista” normativa/persuasiva y, como dije anteriormente, de lectura unidimensional de un significado relacional, o utilizar, además, sus capacidades de mediación intersubjetiva para poner las bases y abrirse a una intervención sobre la subjetividad. Nos planteamos, pues, si es posible ir más allá de esa dicotomía, hasta ahora considerada casi insuperable, entre modelos teóricos centrados en el sujeto y aplicados casi sólo en los despachos de psicoterapia y con casos “neuróticos”, y praxis institucionales

—de los Servicios en todas las partes del mundo— centradas en modalidades de actuación que excluyen de la intervención a la conciencia del sujeto como fundamento de su “ser y comportarse en el mundo”.<sup>5</sup> En especial, los fundamentos de un modelo constructivista no racionalista abren a los Servicios la posibilidad de sustituir las modalidades de intervención pedagógico-persuasivas que, según Guidano, caracterizan los modelos racionalistas propios del conductismo y del cognitivismo tradicional, y, por otros aspectos, del psicoanálisis clásico, con la propuesta al sujeto de una reconstrucción gradual del significado de su experiencia discrepante, por medio de un conjunto dirigido estratégicamente de acogida y perturbación (Guidano 1988, 1992). La diferencia entre postracionalismo y estos modelos se refiere pues a la imposibilidad de reducir el conocimiento subjetivo a una realidad igual para todos, a la “correspondencia” con un orden externo que viene “dado” tal como es. El aspecto constructivo, idiosincrásico y autorreferencial de los procesos de reestructuración/reorganización de la experiencia personal procede de la caída de un “principio de correspondencia” entre conocimiento personal y ordenación del mundo.

Un planteamiento de este tipo, aplicado a las instituciones de tratamiento psiquiátrico, permite considerar a los Servicios no como “vínculos” para la subjetividad, necesariamente represivos y reduccionistas, sino como estructuras que, constructivamente, tienen la “posibilidad” de aumentar el campo de los fenómenos observables y el poder-tarea de generar cambios en la evolución de vida de la persona. (Ceruti 1986).

Con tal de superar las limitaciones puestas por la inmediatez de la “incomprensibilidad” y por los efectos de los desbarajustes relacionales con las figuras significativas de apego, a menudo transferidos al Servicio por la ansiedad de éstos, un nivel de encuentro con el sujeto afectado por la psicosis debe poderse fundamentar en, al menos, dos niveles de “certidumbre”:

- 1) Una *estructura física* (Servicio) capaz de acoger y asumir la crisis, inclusive la del sistema familiar, desde el punto de vista logístico, limitando los aspectos de contención del sujeto.
- 2) Una *teoría* con un modelo operativo coherente, capaz de dar soporte a los profesionales, de orientarlos y guiarlos en la comprensión del dramatismo de lo que ocurre, y, especialmente que pueda examinar la experiencia del sujeto y las modalidades con que se la autorrefiere, la interacción entre el sujeto y el mundo, particularmente los otros significativos, la interacción entre el sujeto y las instituciones de referencia y, por ende, las modalidades de funcionamiento de la institución misma.

### **Potencialidades cognoscitivas y poder social de los servicios**

Los Servicios Psiquiátricos se sitúan en una posición única y privilegiada para el estudio de la psicosis.



a) *El Servicio, como "observador"* se halla en la posición eto-antropológica de captar los aspectos más complejos de la vida de una persona. Además de la variedad de las figuras profesionales dispone de múltiples estructuras de acogida al interno de las cuales se puede observar e interactuar con la persona en su cotidianidad por periodos prolongados.<sup>6</sup>

El Servicio, pues, se encuentra en el rol de "observador privilegiado". Desde el punto de vista etológico las posibilidades de observación del "primate" ser humano, abiertas por este evento, son comparables a las que se verificaron con el "cierre" de los jardines zoológicos y con el inicio de las observaciones de la vida de los animales en su hábitat natural. A diferencia de lo que ocurre en el marco terapéutico privado, el Servicio puede observar la persona no sólo por cómo y cuánto refiere de sí mismo en la breve duración de la psicoterapia, sino directamente en vivo por "cómo ocurre" en los ambientes de vida cotidiana y por largas temporadas.

Es más, el Servicio está en la condición de poder observar "***cómo la persona se refiere lo que le ocurre mientras le ocurre***". El ambiente de observación puede ser el de la familia que habla con el terapeuta en su casa o en la consulta, pero puede ser el del Servicio mismo, por ej., el centro de día, donde la persona vive durante el día con otros usuarios y profesionales. De esta manera, se genera una situación única de interacción instructiva entre observador-Servicio y sujeto en crisis. En otras palabras, la condición potencial de conocimiento etológico y antropológico del Servicio es una posición de observación en la cual los datos de observación sobre el comportamiento no están separados de los datos de observación sobre el relato que hace la persona de lo que le está ocurriendo. Lo que quiero decir es, por un lado, que el Servicio puede construir las mismas características del marco psicoterapéutico, que observa los relatos, la narrativa del paciente, al interno de una relación que nos informa de sus modalidades implícitas de funcionamiento. Por el otro, frente al *setting* psicoterapéutico clásico, puede basarse en la riqueza de una observación mucho más amplia y abierta de cómo el paciente actúa en los sectores de la vida cotidiana, la real de la persona –podríamos decir una observación "objetiva"– y en las interacciones específicas con sus figuras significativas.

Por todo ello, el Servicio observa e interactúa con el comportamiento de la persona y, al mismo tiempo, observa e interactúa con la manera en que el sujeto refiere y explica su comportamiento. Desde este doble nivel de intercambio se puede ayudar al sujeto a ver otros modos de comportamiento junto con otras maneras de reconstruir la narrativa, sin privilegiar ni uno (el *rehabilitador*, de la modificación del comportamiento, sin una correspondencia con el nivel de concienciación) ni el otro (el más específicamente *psicoterapéutico* de reconstrucción de una narrativa más adecuada, sin una correspondencia con reales modificaciones de su actuación).

El Servicio recoge, asimismo, los relatos de las figuras de apego sobre lo que

ocurre: subrayo ahora, y lo haré también más adelante, que tales explicaciones siempre son diferentes de las de la persona.

b) *El Servicio, como “agente social”*, es la agencia social que tiene el mandato de intervenir, con un poder “objetivo” muy grande –a pesar de las garantías individuales establecidas por la legislación psiquiátrica italiana de 1978– sobre la vida de una persona con trastornos psicóticos. Baste con pensar en la delegación que se deriva, a veces de manera rápida, dramática y total, al médico llamado en un contexto de urgencia o de gravedad como el de una crisis psicótica o de un comportamiento agresivo. *¡El Servicio entra dentro de la vida de una persona, y de su familia!*

Propongo la idea que la auto-conciencia de estas potencialidades cognoscitivas y de este poder social pueda permitir y estimular a los profesionales del Servicio a adaptar y a compatibilizar sus propias modalidades organizativas –en gran parte aún construidas sobre modelos clínicos de enfermedad “orgánica”– con la condición de fragilidad esencial y social en que se encuentra el sujeto en condición psicótica.

Por ello, el horizonte epistemológico en que se mueve un Servicio debería prever, aun antes de llevar al cabo intervenciones prácticas, la adquisición de instrumentos de conocimiento de la subjetividad –cómo es el otro, su historia de desarrollo, sus relaciones de apego, etc.– luego, instrumentos de conocimiento de cómo funciona un sistema complejo como el servicio mismo, y, finalmente, instrumentos de conocimiento de cómo funciona la interacción entre sistemas, entre el Servicio y el sujeto.

### **Hacia una nueva posición del Servicio: de la contención al acompañamiento y a la comprensión**

El Servicio *sabe* que “el acontecimiento psicótico” se caracteriza por la drástica ruptura del sentido común y de los mecanismos sociales más elementales por medio de los cuales estamos acostumbrados a regular nuestras relaciones con los demás en la vida de cada día, los mecanismos de la intersubjetividad. Hemos visto cómo el dramatismo de la crisis tiende a favorecer en el contexto familiar y social, y en el Servicio mismo, respuestas de contención cortocircuitadas que generan una intensa emotividad, dirigidas más que nada a reducir la sintomatología.

Llegados a este punto, en lugar de contribuir a este dramatismo, el conocimiento de lo que ocurre en la crisis y la conciencia de su doble función –la intersubjetiva de mediación y la subjetiva de favorecer la integración cognoscitiva y afectiva de la discrepancia– permite que el Servicio se mueva en el nivel intersubjetivo, en el cual actúa como actor principal, experto y responsable de la relación que establece con el sujeto, con tal de reducir la carga desestructurante y mitigar el impacto de la crisis.

Por todo ello, el fundamento epistemológico y operativo del Servicio se constituye a partir de su propio objeto de intervención, “el sujeto en crisis”. Más

concretamente, el Servicio organiza en los espacios ofrecidos a la persona un tipo de acogida que reduce las consecuencias exteriores de la crisis, tal como el cirujano prepara un ambiente estéril y dotado de todos los instrumentos terapéuticos para operar el órgano enfermo; luego, propone una intervención específica de comprensión de lo que ocurre en el sujeto, que equivaldría a la operación misma para el cirujano. Cualquier intervención en cualquier contexto, desde el hospital hasta el domicilio, puede ser orientada al objetivo de acompañar a la persona y a quien se encuentre a su alrededor hacia la mejor comprensión posible del significado de lo que le está ocurriendo, y hacia la integración de su experiencia discrepante.

No es posible en este artículo examinar los aspectos que caracterizan la experiencia psicótica, para ello me remito a las contribuciones ofrecidas por otros compañeros en esta revista y en la literatura postracionalista.

### **INSTRUMENTOS TERAPÉUTICOS PARA UNA INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL “POSTRACIONALISTA”**

Describiré aquí los instrumentos terapéuticos utilizados en las intervenciones llevadas al cabo en el Servicio en donde trabajo. Existen contextos distintos que están compuestos por las cuatro estructuras de base que constituyen un Departamento de Salud Mental: Centro Territorial, Unidad de Internamiento (SPDC) con el Hospital de día, Centro de día, Comunidades residenciales.

Os invito a que os imaginéis el más representativo, el hospital de día - sala de estar de la Unidad de Internamiento, ubicado en el pequeño Hospital de Massa Marittima, como un amplio local de estancia de la Unidad de Internamiento no muy decorado, con unas habitaciones en donde se pueden realizar entrevistas, y la presencia de cinco, seis personas entre médicos, enfermeros y psicólogos voluntarios que cada mañana llevan una reunión con los pacientes presentes. Se trata de una intervención que se puede aplicar, básicamente, en todos los demás contextos, y que se halla vinculado “a la mente del profesional” más que a “contextos idóneos”. Los instrumentos terapéuticos para este tipo de intervención están interconectados y a menudo se usan simultáneamente. Vamos a diferenciarlos antes de describirlos. He intentado describirlos señalando sus aspectos más abstractos y generalizables a otros contextos. No hablaré aquí de las modalidades para llevar una psicoterapia diádica, que no siempre se llevará a cabo.

- a) Evaluación de la modalidad de la derivación (análisis de la demanda).
- b) Construcción de la base segura.
- c) Evaluación de la organización de la personalidad o del significado personal.
- d) Evaluación del tipo de apego.
- e) Contrato.
- f) Modalidades específicas de una intervención psicoterapéutica individual (diádica).

### **a) Evaluación de la modalidad de derivación (análisis de la demanda)**

Tiene que ver con quién hace la demanda y cómo la hace. Desde nuestra perspectiva, el objetivo del análisis de la demanda con los psicóticos precede la evaluación y sirve para establecer los límites de la intervención: en especial, cuán posible es una intervención sobre la subjetividad frente a una intervención de contención, normativa.

La dificultad principal, en este sentido, la constituye no sólo la gravedad de la sintomatología y de la interferencia que ésta tiene sobre el comportamiento subjetivo, sino también la diferencia en la valoración del problema por parte del mismo sujeto, frente a la valoración que puede dar un tercero, generalmente cercano a la persona desde un punto de vista afectivo. En la mayor parte de los casos, en efecto, la demanda, las motivaciones y las metas de la intervención no las formula y expresa el sujeto, sino los familiares o entes externos. Esto significa que no hay correspondencia entre expectativas externas familiares y sociales, evolución de la crisis y percepción interna, o conciencia, de sufrimiento subjetivo.

Por todo ello, la primera redefinición consiste en especificar con el autor de la demanda, explícitamente o, más a menudo, implícitamente, la diferencia entre una “intervención con el sujeto” y una intervención de otro tipo, como, por ejemplo, asistencia, control o intervención en situación de crisis para interrumpir un comportamiento de riesgo.

Ciertamente, desde nuestra perspectiva eto-antropológica cobra mucha importancia la utilización de los relatos de todas las personas involucradas, desde los familiares hasta los otros entes sociales y sanitarios que señalan el caso, con el objetivo de reconstruir el contexto y la historia del sujeto. Sin embargo, no se puede considerar ningún relato como objetivo, como una descripción “verdadera”, menos un relato de personas directamente involucradas. En otras palabras, los consideramos como explicaciones de una de las partes, como narrativas que, por encima de todo, nos proporcionan información sobre el interlocutor, sobre *su* construcción del problema y sobre *su* relación con la persona psicótica. En segundo lugar, se trata de unas narrativas que se pueden considerar “puntos de vista sobre el sujeto psicótico”, que se pueden utilizar para conocerle, y que, sin embargo, no pueden sustituir una guía para la intervención, como a menudo, desafortunadamente, ocurre.

Por ejemplo, en los casos en que la figura de apego principal es la que hace la demanda, se intenta explicitar con esta persona que la información adquirida se utilizará para facilitar el acercamiento al sujeto. Al mismo tiempo, se establecerá una relación con este “demandante significativo”, valorando la importancia afectiva que representa para el sujeto en la fase de vida presente. La relación con el familiar de un sujeto psicótico es valorada y utilizada a lo largo de la terapia en todos los casos. En otras palabras, en ausencia de un relato claro y explícito por parte del paciente, en una primera fase el relato “familiar” nos puede facilitar datos significativos sobre lo que ocurre o ha ocurrido en la vida del paciente; además, nos

proporciona información del tipo y de la cualidad del vínculo actual entre la persona y sus figuras de referencia.

### **b) Construcción de la base segura**

Es posible “entender conjuntamente” siempre que el contexto preste atención a los aspectos emocionales de la crisis. En general, se debe construir el *setting* concreto y afectivo para crear un ambiente acogedor. La construcción de “la base segura” ha sido una de las metáforas más conseguidas y más utilizadas para la descripción de una relación terapéutica. Construir un Servicio de salud mental como “base segura” (Cutolo y Guidano 1993) significa asegurar un “*setting* comprensivo”, que se focaliza en los aspectos “concretos”, materiales y afectivos que pueden caracterizar un lugar extraño a la vida del paciente, especialmente cuando la gravedad de la crisis impone medidas como el internamiento. He definido la base segura proporcionada por el Servicio como *concreta* en el sentido que garantiza materialmente un nivel de protección a partir de niveles suficientes de confort, pero también como *parcial*, término que tiende a limitar estos aspectos protectores para que no se convierta en una jaula de oro estática que inhibe la exploración personal. (Cutolo y Coscarella 1991).

En este marco, una vez garantizado un nivel afectivo de fiabilidad tipo “refugio seguro” a la persona, se vuelve posible explorar los modelos de vínculo-apego y reactivar los procesos reflexivos acerca de éstos y de la experiencia personal, desde la modalidad “base segura” (Bowlby 1988, Simpson 2002, Allen y Land 2002).

Un *setting* “base segura” interfiere escasamente en los aspectos “espontáneos” del comportamiento de la persona, si se intenta limitar la constricción inevitable de las normas institucionales; se presenta como un ambiente que, en parte, tiene características de “acogida” propias de las estructuras de hospedaje, hoteleras, parafamiliares; por otra parte, presenta características de estructura “artificial”, que no puede substituirse el mundo afectivo del sujeto, sino sólo acompañarle durante un segmento de su vida; es decir que la característica de temporalidad permite instaurar con el sujeto una interacción definida en el tiempo.

*Marco, 20 años, llega al Servicio por petición del médico de familia, acompañado por el padre, después de haberse trasladado a nuestra área desde otra ciudad. Hablando con los compañeros del Servicio derivante llegamos a enterarnos de que tiene un diagnóstico de esquizofrenia, que su sintomatología empezó a los 12 años, que emprendió una terapia “psicoanalítica” durante 4 años y que, actualmente, está en tratamiento con antipsicóticos. Le preguntamos por la naturaleza de sus síntomas y empieza a explicar sensaciones de transformación corporal, cambios que acontecen en los rostros de las figuras de apego. Después de haber sido acogido en la “base segura”, mientras profundizamos con calma y delicadeza en la exploración, en un momento dado se para y nos pregunta*

*con asombro: “¿Pero vosotros creéis que son de verdad las cosas que me ocurren?” A nuestra respuesta afirmativa, contesta que es la primera vez que alguien se cree y se interesa por estas cosas que ocurren dentro de él. De esta manera, podemos seguir la entrevista sobre los fenómenos psicopatológicos “cronificados” que requerirán un largo trabajo terapéutico.*

### **c) La evaluación de la organización de la personalidad o del significado personal**

La experiencia ha demostrado que la identificación “preventiva” y precoz de los temas básicos de significado de la persona, o, al menos, una hipótesis sobre éstos, es fundamental para orientar el tipo de lenguaje y de interacción. Esto permite al Servicio llegar más fácilmente a una comprensión de los comportamientos psicóticos y de los contenidos verbales, aun los delirantes. Esta posición de comprensión, sorprendentemente, provoca que la persona adhiera al tratamiento propuesto y, en general, se abra mayormente a una actitud de exploración y reflexión: “El psicólogo del Servicio *sabe*, me puede entender”.

En todo caso, a ser posible, siempre hay que verificar las hipótesis sobre el tipo de organización con la propia persona, con el objetivo de incrementar su propia comprensión acerca de sí misma. Por decirlo de otra manera, la construcción del significado procede gradualmente y se sintoniza en los niveles expresados por la persona, pasando de niveles más concretos a niveles más abstractos, verificando constantemente su “exactitud” y su “viabilidad” con la misma persona.

Por ejemplo, en un caso de delirio hipocondríaco o de persecución por parte de un paciente “fóbico”, la identificación precoz por parte del profesional de un tema de “no-control” sobre un mundo peligroso, al interno de una relación de apego sentida como no suficientemente protectora con los padres, sugiere el despliegue, en primer lugar, de comportamientos de acogida no constrictivos, limitando los de control, y la oportunidad de mantener un diálogo con la persona acerca del nivel de protección que necesita. Este inicio de la relación a menudo disminuye altamente la intensidad y el impacto del tema psicótico.

La investigación de un tema de significado desde un primer momento introduce a los ojos del observador-profesional un nuevo punto de vista “explicativo” mucho más rico y productivo de la aséptica clasificación “descriptiva” nosográfica. En la práctica, permite a los profesionales del Servicio introducir un lenguaje que ofrece al sujeto una mayor comprensión de su experiencia psicótica; al mismo tiempo, tiende a reducir la distancia en favor de modalidades más “normales” sobre la misma “onda” de significado –como, por ejemplo, el peligro del mundo– semejantes a las que los profesionales también pueden vivir en su experiencia personal, aunque de manera más abstracta, y de las cuales es posible conversar juntos.

Tal como se ha mencionado, además, conocer el significado personal del paciente puede ofrecer información operativa útil acerca de las modalidades más generales por las cuales plantear la relación y definir el tipo de programa terapéutico. Daré aquí un ejemplo muy esquemático (Tabla 1) de cómo **modular el ambiente terapéutico**, basándome en el parámetro “inward” (organizaciones de la personalidad centradas en definirse desde el interior) – “outward” (organizaciones de personalidad centradas en definirse desde el exterior) (Guidano, 1999; Guidano, 2007)

Tabla 1	
ORGANIZACIONES “INWARD” →	prevalecen las modulaciones emocionales
<u>Actuar por medio de</u>	
Org. fóbica →	aspectos protectores- aspectos constrictivos
Org. depresiva →	cercanía – respeto de la distancia afectiva
ORGANIZACIONES “OUTWARD” →	prevalecen las modulaciones contextuales
<u>Actuar por medio de</u>	
Org. D.A.P. →	mayor o menor definición de las normas del contexto
Org. obsesiva →	énfasis en la relatividad/certidumbre de las normas institucionales

A continuación se presentan dos casos clínicos, en una situación de eclosión del problema del individuo, en que se implementa una actitud terapéutica específicamente modulada hacia la organización de significado hipotetizada, en los dos casos de tipo fóbico.

***Caso 1.** Giuseppe, 25 años, pide una visita urgente a través del médico de cabecera y llega el mismo día al ambulatorio, acompañado por el padre. Una vez establecido un contexto de exploración del problema, y habiendo él mismo pedido la presencia del padre, que parece muy preocupado, Giuseppe en primer lugar habla de manera general de una “crisis de pánico”, experimentada ya en el pasado, pero la que ha tenido ahora le ha alterado especialmente. Reconstruyó el contexto del último período de vida, durante el cual se pone en evidencia una situación laboral precaria, en que es empleado del padre, lo que es vivido como una constrictión, y una relación afectiva acerca de la cual siente que ha perdido el control. Aparentemente, el episodio reciente es banal: mientras conduce ve un perro que está siendo atropellado por un coche. Volviendo atrás, no encuentra ningún rastro del accidente ni del perro. Enfocando la escena no sabe explicarse lo ocurrido, la posibilidad que pueda haber sido una alucinación lo pone en una situación de sentir que lo que le ocurre es*

*incontrolable, y más aún lo que le pueda ocurrir. Se pone de manifiesto una dificultad evidente para separarse de una familia percibida como protectora, confirmada por el padre que está presente en la consulta. También se aprecia una necesidad muy intensa de control en todas las situaciones de vida. Trabajamos sobre esta temática más “abstracta” enlazando otros episodios ocurridos con el mismo “leit motiv” y resaltando el tema “fóbico” de desvinculación de la familia y el posible recorrido para seguir en el futuro. No quiere tomar medicación, dado que ya ha tomado en el pasado sin éxito... No se presenta a la cita siguiente, el médico de cabecera refiere una recomposición de la situación psíquica...*

**Caso 2.** *Me llaman en el Servicio de Urgencias para Silvio, un hombre sin antecedentes conocidos de 34 años, agitado, que ha emprendido la carrera militar en Milán, y que, sin embargo, tiene su domicilio en nuestra área. Explica de manera confusa una historia en la cual sostiene que sabe que pelagra la vida de una ex-novia suya. El estado de excitación y de confusión me empujan en un primer momento a actuar una intervención “racionalista” en el intento de calmarle y hacerle explicar los motivos de su comportamiento: el resultado es que el hombre se espanta todavía más y se vuelve agresivo contra mí. Dado que intuyo el tema de peligro que él mismo siente que vive y que extiende a las personas queridas, cambio radicalmente el “tono” de la intervención intentando tranquilizarle, ayudándole a ponerse en contacto enseguida con la chica... éste cambia repentinamente su actitud y lentamente empieza a explicar lo ocurrido... se pone así de manifiesto un tema fóbico de incontrolabilidad sobre su vida afectiva intensificado en los últimos días por un tema de peligro: le han anunciado su inminente destino a Afghanistan...*

La identificación del tema de significado personal es un proceso que da forma a la terapia en un contexto intersubjetivo constantemente redefinido sobre la base de los contenidos que surgen. Se puede intuir que esta modalidad proporciona grandes resultados en la práctica clínica, y se aconseja revisiones drásticas de las actitudes usuales puestas en práctica en los servicios.

Pongo un ejemplo más, procedente de actitudes y comportamientos frecuentes en “trastornos límite de la personalidad” o en cambios rápidos del tono emocional propios de los “trastornos bipolares”; desde nuestra perspectiva, las actitudes opositoras o agresivas pueden ser vistas en el marco de manifestaciones específicas de un significado personal tipo DAP –diferenciarse e identificarse “por contraste” con el otro– y, en consecuencia, para mantener una coherencia personal. Esto lleva a redefinir las intervenciones normativas actuadas por costumbre por modalidades más articuladas y mayormente en sintonía con la subjetividad.



#### **d) La evaluación del tipo de apego: la intervención con la familia**

La identificación del significado personal se encuentra en una relación de continuidad con la focalización sobre el tipo de apego en la situación de vida actual de la persona y el estudio del “pasado”, por medio de la entrevista con los familiares, si éstos están asequibles. A menudo, esta investigación empieza aun antes de ver al paciente, a través de la relación que se establece con el familiar significativo que formula la demanda de intervención.

Como ya hemos dicho, la dramática ruptura del “sentido común” condiciona fuertemente el contexto de pertenencia de la persona, y favorece respuestas socialmente previsibles en los familiares y en los demás en general, como, por ejemplo, la excesiva tolerancia o la negación del problema, la marginación de la persona o la puesta en marcha de comportamientos intersubjetivos violentos. La presencia de los familiares no se puede ignorar, dado que son interlocutores privilegiados de las relaciones afectivas del paciente, figuras de apego que condicionarán constantemente cualquier intervención actuada desde un agente externo a la familia: por intensa que sea, nuestra presencia al lado del paciente nunca alcanzará los niveles de intensidad y de duración de la de los familiares. Por todo ello, es necesario un nivel mínimo de acuerdo con la familia, representado por esos contactos e interacciones que aseguran al profesional el hecho de poder intervenir con la persona.

La evaluación de la cualidad del apego es fundamental, no sólo para adquirir información acerca de temas afectivos centrales en la historia de la persona, sino también para plantear un programa terapéutico en relación con:

- La posibilidad de autonomía de la persona de las figuras de apego.
- La posibilidad de un trabajo centrado en la persona más que en la familia, o en ambos sistemas.

La implicación de los familiares es inevitable en los casos de adolescentes, así como en la convivencia “tardía” de un adulto en un contexto familiar, o cuando la demanda la dirige un tercero. En tales situaciones se procede en paralelo con una terapia con el adolescente conjuntamente con una terapia familiar, o con dos terapias individuales, del chico y de los padres. En los casos en los cuales la relación de colaboración con el muchacho es imposible, se vuelve muy útil intervenir predominantemente con las figuras de apego, con la intención de facilitarles la comprensión de sus modalidades relacionales y de conseguir una modificación de sus actitudes hacia el paciente, en el marco de una terapia familiar que puede no prever su presencia.

En los casos de organización “*outward*”, tanto en trastornos psicóticos como en trastornos de la personalidad, esto es especialmente necesario en la primera fase, atendiendo a los altos niveles de fusión/hostilidad en la relación con los padres. En estos casos, una de las modalidades “prejudiciales” para poder llevar al cabo una intervención es la construcción de un marco terapéutico de “no-enjuiciamiento”.

En otros casos “inward” de tipo depresivo, la búsqueda activa de la colaboración de una figura vincular familiar, a veces, sustitutiva, ha permitido reconstruir una referencia familiar fundamental para una persona con riesgo de marginación social. En los casos de tipo fóbico es oportuno modular la presencia/distancia de los familiares en referencia a los temas de “libertad/protección” manifestadas por la persona.

Presento aquí algunos ejemplos derivados de nuestra experiencia.

#### **\* Petición del “permiso” para la intervención**

*Mirna es una mujer con una organización fóbica y una crisis psicótica desencadenada durante una separación afectiva del cónyuge, con una familia de origen muy presente a la cual Mirna ha vuelto a unirse en búsqueda de ayuda. En este caso, es necesario llevar al cabo unos encuentros domiciliarios con los familiares, que tienen una visión estrictamente medicalizada (la madre y el padre están en tratamiento farmacológico por “depresión”) para obtener el permiso y realizar un trabajo psicoterapéutico individual. Después de una serie de encuentros en los cuales se tranquiliza a los padres y se les informa sobre la posibilidad de una terapia individual para la hija, y no sólo de tipo farmacológico como ellos han hecho, la relación con éstos se interrumpe para iniciar un trabajo psicoterapéutico individual que llevará a resultados excelentes.*

#### **\* Terapia familiar paralela**

*En el caso de Andrea, un muchacho de 19 años con un trastorno esquizofrénico y una organización dápica, la intervención individual se acompaña por una terapia familiar periódica, con frecuencia mensual. La familia, muy presente y disponible culturalmente a intentar comprender el problema del hijo, participa activamente en la búsqueda de un significado de la crisis, cuestionándose y modificando actitudes cuando a lo largo del proceso reconocen que interfieren en la subjetividad de Andrea. Éste sigue una psicoterapia individual incluso después de un serio trastorno psicótico, y, después de tres años de intervenciones, incluida la ayuda para conseguir una vivienda autónoma, se desvincula de la familia de origen y sigue por su camino.*

#### **\* Soporte o tratamiento individual de otro miembro de la familia**

*Dante es un joven psicótico con un trastorno de personalidad y una organización DAP, totalmente fusionado/oposicionista con la madre hasta el punto de que ésta rechaza categóricamente acoger al hijo en su domicilio. El muchacho es considerado intratable también por el Servicio*

*que llevaba su tratamiento anteriormente. En este caso se ofrece explícitamente a la madre una psicoterapia individual, después de que ésta, en unos encuentros familiares precedentes, reconociera confusamente lo problemática que era la relación con su hijo. Durante la temporada de psicoterapia individual de la madre el oposicionismo de Dante disminuye, y éste puede reemprender un recorrido de rehabilitación.*

**\* Búsqueda activa de la familia “ausente”.**

*Maria es una psicótica adulta de 38 años con una organización DAP, cuyo trastorno empieza a los 18 años; está separada del marido y de los hijos a causa de la enfermedad y vive sola en un deterioro progresivo que tiende hacia la indigencia. En este caso se lleva a cabo una búsqueda activa de una hermana que vive en una ciudad lejana, y ésta es involucrada paulatinamente en los acontecimientos de vida de Maria, hasta que llega a dar una contribución fundamental no sólo al manejo de la crisis (internamientos involuntarios<sup>7</sup>), sino también a la reconstrucción de la historia personal. Maria es atendida por el Servicio en todos los niveles, con el tiempo puede reemprender un recorrido de rehabilitación que la ha llevado a una vida siempre “solitaria” pero ya no desorganizada, con una autonomía laboral y de vivienda. Recientemente, se ha trasladado a la ciudad donde vive la hermana y ha empezado a trabajar con ella.*

En todos los casos la figura de apego es vista como una persona con la cual es oportuno trabajar, evitando las culpabilizaciones simplistas, a veces inducidas en los terapeutas por el mismo comportamiento de los familiares. No podemos olvidarnos de la posición etológica de Bowlby que, refiriéndose a las teorías culpabilizadoras hacia los padres, rebatía que se trataba de adultos incapacitados para aprender habilidades para cuidar adecuadamente, a causa de su propia historia infeliz de apego. Aquí también, la identificación del tema de significado del familiar proporciona una orientación sobre la actitud terapéutica más adecuada. Por ejemplo, en familias muy susceptibles al juicio, para las cuales la simple citación por parte del servicio representa una acusación concreta de incompetencia parental, resulta sorprendente como se abran posibilidades imprevisibles de colaboración cuando se consigue disminuir “activamente” este “juicio implícito” percibido por los familiares.

**\* Construcción de un setting “no enjuiciador”**

*Carla es una joven psicótica de 20 años con graves trastornos alimentarios, procedente de una familia de buen nivel social y extremadamente susceptible a la imagen exterior. Con ella han fracasado todas las intervenciones precedentes, incluida una “terapia familiar” aunque llevada con la máxima atención. Se produce un viraje decisivo cuando, teniendo en*

*cuenta esta susceptibilidad, se pone en marcha una intervención familiar requerida por la gravedad de las condiciones de Carla, en que se evita preventivamente y en detalle cualquier pequeño juicio, incluso indirecto, hacia la familia. Inesperadamente, Carla empieza por primera vez a seguir el programa hasta entonces rechazado.*

Las modalidades prácticas de estas intervenciones tienden a constituir modelos originales, todavía poco formalizados pero interesantes, en los cuales las diversas formas de terapia familiar clásica –estructural, estratégica, paradójica... – se orientan a un posible trabajo de comprensión por parte de las mismas figuras de vínculo-apego<sup>8</sup>. Desde la perspectiva postracionalista, el trabajo con la familia tiende a convertirse en un trabajo sobre la relación de apego entre padres y pacientes, que intenta ayudarlos a comprender y a reconstruir, o a deshacer, un vínculo familiar típico de un apego inseguro, en general con altos niveles de desorganización. En consecuencia, los aspectos procedimentales de esta intervención son distintos de la intervención clásica familiar-sistémica, dado que intentan esclarecer a cada miembro de la familia su propio tema de significado, reconociendo sus diferencias y respetando su subjetividad. (Guidano y Dodet, 1993).

## **e) Contratación**

### *1) Con el sujeto*

La “contratación” es una modalidad identificada por Perris (1993), entendida como la definición de un “contrato terapéutico” estipulado explícitamente con el paciente, en que se definen objetivos, tiempos, maneras y lugares de la intervención. La “contratación” permite establecer unos “objetivos compartidos” al alcance del paciente.

Según nuestra manera de proceder, todas las iniciativas se consensuan en la medida de lo posible con la persona. La “contratación” forma parte de la normal praxis del Servicio: toda intervención organizativa, social y terapéutica se debate con el paciente para valorar su postura, es decir, cómo considera su situación. En la reunión que llevamos a cabo cada mañana en el Servicio con los pacientes internados y los de hospital de día, se conversa colectivamente acerca de los problemas generados en la vida cotidiana “dentro” del Servicio por eventuales malos entendidos, conflictos con otros usuarios o con el personal. Se les invita explícitamente a hablar de ellos mismos y de los motivos por los cuales han llegado al Servicio, siempre que se sientan con ánimos de compartir su situación, y hasta el punto en que este relato puede ser explicado en público. El confrontarse con otros pacientes y con el personal de la unidad, además de tener un efecto “base segura” al exponer a una realidad afectivamente acogedora, permite una primera reorganización del comportamiento y un encuentro con las modalidades narrativas consentidas por la crisis. Desde esta fase “no psicoterapéutica” ya se estimulan las capacidades reflexivas –metacognitivas– y, más en general, las narrativas, además

de favorecer una “secuenciación” de la experiencia, a través de este intercambio emocional y social constante.

En caso de comportamientos sociales “extremados” es necesario mantener unos límites claros entre el nivel “institucional” y el terapéutico –por ej., se puede dar la necesidad de limitaciones de la libertad en función no tanto de una norma externa y objetiva, sino por tener que respetar los derechos de otros– cuyo rol puede incluso identificarse con un profesional concreto del Servicio. En este caso, las intervenciones “normativas” de tipo limitativo, cuando no son “contratables”, siempre se explican a la persona limitando al máximo su extensión, su duración y sus efectos.

*Con Franco, un joven psicótico solitario con delirio de persecución sobre una base DEP, imposible de acercarse desde cualquier intento de acogida “oficial”, que no acepta ninguna terapia y que, sin embargo, reconoce esencialmente la necesidad de ayuda por parte del Servicio, decidimos una división explícita de los roles, constituyendo un equipo que lleva al cabo y personifica un rol institucional, respetuoso de las reglas mínimas de convivencia, y un segundo equipo que intenta construir una relación sobre los temas afectivos predominantes de ruina y de exclusión del mundo, que son la base de los temas persecutorios. Esta diferenciación facilita la acogida de Franco por parte del Servicio y, luego, un substancial reconocimiento de los temas afectivos de soledad y abandono por parte de los familiares que subyacen al delirio persecutorio. Esto permitirá un viraje importante en la terapia que llevará progresivamente a la solución del estado psicótico.*

## 2) Con los familiares

La “contratación” con la familia se puede conceptualizar desde lo dicho en el punto a), análisis de la demanda y d) evaluación del tipo de apego.

## 3) Entre los profesionales

*Importancia de la auto-conciencia del Servicio.* Como ocurre en el individuo, un Servicio psiquiátrico también “construye su realidad”. No actúa de manera “neutral”; no es que sencillamente atribuye un nombre técnico a la patología que ve y aplica una intervención “específica” para esa etiqueta según un criterio científico. Un Servicio selecciona a los usuarios, dejando algunos casos y aceptando otros en su dominio, sobre éstos interviene según criterios determinados, a menudo desconocidos para el propio Servicio, pero bastante bien identificables para un observador externo –que también, como diría Maturana, podría ser el Servicio mismo–<sup>9</sup>, construye con la persona o sobre la persona maneras más o menos aceptadas o aceptables de darse una explicación de su experiencia. En definitiva, tiene su “estilo de trabajo” peculiar que no está para nada determinado objetivamente, y que, sin

embargo, produce efectos objetivos en las personas. El reconocimiento de estas limitaciones intrínsecas a la funcionalidad misma del servicio impone una cautela obligatoria en el formular programas presuntamente “objetivos”.

Esta dificultad para definir un criterio de objetividad externo con el que evaluar el comportamiento psicótico, que hemos visto anteriormente en el punto referente al autor de la demanda, induce a los profesionales de nuestro Servicio a mantener constantes debates para intentar definir un criterio de evaluación “contratado y acordado colectivamente” acerca de la intervención más oportuna, intentando, por ej., plantearlo a partir del significado personal del sujeto. “Contratar” entre profesionales de un Servicio público significa, claramente, respetar las normas institucionales de la jerarquía y de la experiencia profesional, pero también conlleva poner entre paréntesis la objetividad, utilizando modalidades como las de que habla Maturana:

*“Sin embargo, aunque los demás pongan la objetividad entre paréntesis, puedes descubrir que el desacuerdo se puede resolver entrando en un ámbito de co-inspiración, en el cual las cosas se hacen conjuntamente porque los participantes quieren que se hagan. Con la objetividad entre paréntesis es fácil hacer las cosas juntos porque uno no descalifica al otro en el proceso de hacerlas.” (Humberto Maturana –Entrevista, 1985)*

Desde esta perspectiva, es importante utilizar modalidades “antropológicas” en la evaluación de maneras “culturalmente determinadas” desde las cuales se puede vivir el trastorno en *ese* ambiente social y en *esa* familia: una de las características analizadas, por ejemplo, dada la frecuencia de las crisis psicóticas en las personas con historia de morbilidad social y, especialmente, de emigración, es la modalidad con que se puede vivir una crisis personal en el ámbito cultural de pertenencia, con sus connotaciones/explicaciones de tipo médico/mágico/psicológico. En este sentido, es muy útil el uso de conocimientos de psiquiatría transcultural.

#### **f) Modalidades específicas de una intervención psicoterapéutica individual (diádica)**

Las intervenciones institucionales descritas anteriormente tienen una cualidad psicoterapéutica “indirecta”, y, en muchos casos, representan la única oportunidad de una intervención terapéutica. Si es posible, se procede a una intervención psicoterapéutica diádica, con las modalidades que se especifican a continuación.

#### **Sintonización recíproca:**

Ponerse en sintonía con la persona quiere decir entenderla en el significado de su lenguaje verbal y no-verbal: se trata de especificar y pedir constantemente a la persona un “significado compartido” sobre lo que se comunica recíprocamente.

*Emma es una esquizofrénica DAP desorganizada de 45 años y con alucinaciones que invaden la totalidad de su mente, que ha elaborado una modalidad del discurso absolutamente no secuenciada y con neologismos*

*continuos, reflejo de la constante ambigüedad con que lee su experiencia. Declararle la incomprendibilidad de las palabras que utilizaba, para mí desconocidas, llevó a Emma a clarificarse cada vez más, hasta que empezó a hablar con todo el mundo de manera inteligible (¡cuando ya había aprendido a entenderla mejor!). La paulatina reorganización narrativa se producía conjuntamente con una progresiva mejora de las condiciones clínicas y con una gradual readaptación a la vida social reflejada en la participación de las actividades de rehabilitación y en la progresiva reconquista de una autonomía personal.*

### **Diferenciación entre la experiencia inmediata y la explicación: la técnica de la moviola:**

La *autoobservación* y la “*técnica de la moviola*” (Guidano 1988, 1992, 2007) son técnicas que ayudan a reconstruir la experiencia inmediata, la “vivencia” – activaciones psicofisiológicas, escenarios imaginados y escenarios fantaseados, “sentido del sí mismo”– de los varios segmentos de vida, empezando por los más “neutrales” hasta llegar a los más críticos. El objetivo es ayudar a la persona a distinguir la experiencia inmediata de la atribución de significado.

Esto lleva al sujeto a modalidades explicativas más abstractas sobre lo que le ocurre, menos vinculadas a la experiencia perceptiva inmediata, estimulando su flexibilidad y su creatividad. El procedimiento consiste en reconstruir el problema en hechos traducibles en una serie de escenas, como si se tratara de una película de cine. A través de la técnica de la moviola es posible ayudar a dirigir el foco de la atención y de los relatos sobre el contexto de la escena, facilitando la integración de los aspectos omitidos. En primer lugar se anima al paciente a que haga un “*zooming out*” de la escena importante problemática, con el objetivo de separarla del resto de la secuencia, para que el paciente se vea desde fuera, luego se vuelve al “*zooming in*”, es decir, se recoloca la escena en el contexto de la secuencia, volviendo a un punto de vista subjetivo, desde dentro. De esta manera se entrena a la persona para que saque nuevos detalles de la escena crítica y los integre en el conjunto de la situación, viéndose de manera alternativa desde dos puntos de vista diferentes, el subjetivo y el objetivo.

Se ayuda al paciente a describir las escenas del acontecimiento como si explicara una novela o una película, reconstruyendo con él el “guión”. Esto permite que emerjan elementos que le ayudan a dar un sentido más comprensible a lo que “le ocurre”, y a sentirlo como algo que puede conocer y, en parte, manejar (internalización). Un aspecto especialmente importante es que esto le permite reflexionar sobre qué efecto le hace verse o “sentirse” de esa manera, integrando los aspectos de la vivencia que habían quedado fuera de la conciencia, lo que lleva a contestarse a la pregunta de quién es.

La reconstrucción de la experiencia de reacciones y estados problemáticos

permite clarificar los temas emocionales/afectivos prevalentes, actuados tanto en la relación terapéutica, en el aquí y ahora, como hacia los familiares.

### **Secuenciación y contextualización de la experiencia psicótica:**

Se utiliza para favorecer la integración de elementos de la experiencia inmediata, para construir la narrativa de estas experiencias y para distinguir el contexto externo del interno.

- La secuenciación cronológica consiste en ubicar los eventos en un espacio temporal, en ordenar los acontecimientos del día en el tiempo.

- La secuenciación causal permite conectar eventos externos con eventos mentales y viceversa.

- La secuenciación temática ayuda a relacionar los eventos mentales con el tema de base recurrente o con subtemas de significado personal.

### **Interacción “metacognitiva” y de “teoría de la mente” (T.M).**

La capacidad para reflexionar sobre los propios procesos psíquicos está estrictamente conectada con la capacidad de “entender la mente ajena”. Esta competencia se construye principalmente en la interacción con las figuras de apego y se perfecciona en el curso del ciclo vital en todas las relaciones intersubjetivas, también adultas. Diferentes autores utilizan los conceptos de “metacognición, teoría de la mente, capacidad reflexiva y autoconciencia” con significados similares, pero no superpuestos<sup>10</sup>.

Numerosos estudios varios países (Frith, 1995) y en Italia (Cheli 1997) han constatado la presencia de “incompetencias” o dificultades metacognitivas en los psicóticos. En nuestra experiencia, tales incompetencias, término que preferimos al más utilizado “déficit”, son más bien parciales, reversibles, dependientes del contexto, vinculadas de todas las maneras al significado personal y conectadas con los temas afectivos de la persona. Además, quedan más relacionadas con modalidades “narrativas” que “representacionales”, es decir, que surgen a medida que el sujeto necesita una reelaboración de la experiencia con la mediación de las capacidades lingüísticas y reflexivas (Cutolo y otros, 2000)<sup>11</sup>. Un dato bastante claro aparecido en nuestra experiencia terapéutica, aunque no formalizado aún por estudios epidemiológicos, es la estrecha conexión entre la mejora de la capacidad de comprensión de los otros y la mejora de la capacidad para “monitorar” la propia experiencia emocional a través del desarrollo de las competencias narrativas.

En este sentido, la intervención “metacognitiva”, más que ser un a práctica “refinada” con unas normas definidas (Semerari, 1999), es la modalidad constante con que se explora el mundo subjetivo del paciente. La intervención respeta la tendencia de una psicología popular (“*folk psychology*”) *creencia-deseo-intención*, basada en las modalidades inmediatas con que las personas construyen una ordenación de sí mismas y del mundo a partir de la comprensión de los propios



estados mentales, de los de los demás y de las interacciones sociales y emocionales con ellos.

En esta fase institucional se lleva al cabo una investigación psicopatológica profunda, que se volverá cada vez más detallada en el contexto terapéutico diádico, pero a partir de una modalidad que respeta las leyes del sentir común y de los acontecimientos de la vida cotidiana.

Además, y aquí radica su *especificidad*, sigue la evolución de los procesos mentales y cómo interactúan percepciones, imágenes, pensamientos, expectativas y modalidades afectivas por medio de las cuales la persona manifiesta las “vivencias” en la situación de relación-hospedaje donde el Servicio, hasta llegar a temas básicos o recurrentes de significado personal. En otras palabras, me refiero a prestar atención a esas interacciones cotidianas inevitables que ocurren entre el personal y el paciente que comparten una situación social/artificial de frecuentación impuesta por la circunstancia de la crisis psicótica. Se toma como objeto de reflexión lo que ocurre en el espacio-tiempo del Servicio y en la interacción entre las personas presentes. Es un trabajo de contextualización constante de lo que ocurre. Siempre se intenta empezar por *cómo se siente la persona* frente a las relaciones que se generan dentro del Servicio, qué expectativas tiene hacia el internamiento/hospital de día, cómo vive la separación de las figuras de apego...

He subrayado cómo el trabajo de investigación acerca de los temas básicos de significado personal es fundamental para orientar el tipo de lenguaje y de interacción a mantener con el paciente (ver punto c). Esto permite llegar más fácilmente a una comprensión de los comportamientos desorganizados y de los contenidos verbales delirantes. Empezando por el nivel más concreto de la experiencia y siguiendo con este hilo de significado, gradualmente se pasa, con el consenso del paciente, a niveles cada vez más abstractos de explicación.

Una interacción de este tipo, a la que me gusta llamar “*folk psychotherapy*” o psicoterapia popular, intenta conjugar una intervención “prescriptiva”, basada en la indicación y la demanda de comportamientos correctos, inevitables en un ámbito institucional, con una intervención de exploración y comprensión basada en la premisa, explicitada al paciente, de que “hay que entender juntos lo que te está ocurriendo”. Entender que deriva del “cómo” más que del “por qué”, es decir que contesta a “cómo es este malestar tuyo, cómo sucede, cuándo, con quién...” y sólo sucesivamente llega a las posibles explicaciones.

Se evitan las interpretaciones, en ocasiones se proponen “hipótesis” cuya viabilidad se verifica con el sujeto, y que siempre surgen a partir de los datos –basados en el “cómo”– proporcionados por él.

## **ALGUNAS CONSIDERACIONES A MODO DE CONCLUSIÓN**

He querido subrayar la importancia de los fenómenos “constructivos” e interactivos aplicándolos a la dinámica de las instituciones que llevan al cabo el

tratamiento: admitir, conocer y explicar las modalidades cognoscitivas “autorreferenciales” del Servicio y la manera en que construye su realidad, seleccionando unos datos y descartando otros.

Considero que antes de intervenir es indispensable atender estos procesos para poder conceptualizar eventos dramáticos, complejos, y en muchos aspectos todavía poco conocidos como los que caracterizan la “eclosión” psicótica.

He puesto en evidencia como, a partir de una posición “institucional” es posible entrar en el ámbito específico de la intervención psicoterapéutica diádica postracionalista, desarrollada, además, por otras contribuciones (Mannino & Maxia 2001, Cheli 2000 y 2000, Cutolo 2003, 2004, Parise 2004). Las intervenciones llevadas dentro de este marco institucional no siempre pueden continuar con una intervención psicoterapéutica más específica (Cutolo 2004), tanto por limitaciones objetivas de las posibilidades del Servicio como porque se valora que no es oportuno, o por la no disponibilidad del paciente mismo<sup>12</sup>.

He experimentado que este abordaje permite trabajar, conjuntamente con otros profesionales del Servicio, también con el “caso grave”, con aquellos pacientes “que no se sientan”. Creo que esta aproximación puede definirse eto-antropológica por el intento de explorar el comportamiento psicopatológico con una modalidad de observación interactiva típica de estas disciplinas. También he llamado “*folk psychotherapy*” la modalidad de explorar los significados personales desde un abordaje metacognitivo “cálido” alineado con el modelo enseñado por Vittorio Guidano.

Hace falta una aclaración práctica acerca de la necesidad de valorar siempre si dosificar en el tiempo y en la intensidad la conciencia requerida al paciente para resolver el problema, intentando limitar su utilización al área de vida y al ámbito específico de la crisis que presenta, dado que la autoconciencia es un instrumento delicado y, a menudo, doloroso, del cual no hay que hacer un uso excesivo. Hay que saber renunciar a ella y utilizar métodos más decodificados, como, por ejemplo, la psicoeducación, cuando las capacidades cognitivas y, especialmente, las metacognitivas de la persona resultan muy dañadas.

En todos los casos, cada vez más se pone de manifiesto la utilidad de asociar un trabajo paralelo de autoconciencia sobre lo que está ocurriendo a un recorrido clásico de rehabilitación. A menudo, el paciente se vuelve más competente en los espacios de rehabilitación que en su contexto de vida. A veces, una mejoría producida más en la “vida institucional del Servicio” que en la habitual de la persona, no alcanzada en conciencia y, por ello, no generalizada a otras áreas de vida, queda como un beneficio inútil y efímero, más gratificante para el profesional que para la persona.

Otro aspecto resaltado tiene que ver con la modificación de los modelos tradicionales de asunción del caso<sup>13</sup> del paciente grave, expresión comúnmente utilizada en el lenguaje de los Servicio que supone un peso y una carga sobre los

hombros del profesional sin límites temporales y extendido a todos los sectores de vida del paciente. El modelo no racionalista que aquí se propone es un modelo evolutivo, temporalmente definido, orientado a sectores específicos de la vida de una persona, y, aunque se trata de una intervención compleja, estratégicamente dirigida y ciertamente no fácil de poner en práctica, tiende a construir una relación significativa, capaz de generar perturbaciones, si bien limitada ya en sus premisas –en la medida de lo posible explicitadas a la persona– por ser acotada en el tiempo y por estar dirigida al “sector crítico” de la vida familiar y personal. Esto conlleva también que la conducción de la terapia es un proceso “abierto”, sujeto a inevitables interrupciones y sucesivas ulteriores “tomas de contacto” en los momentos difíciles del ciclo vital, en que el Servicio, como buen progenitor, hace de “base segura” aun cuando no está físicamente presente.

Cada vez más frecuentes son, también, las relaciones con pacientes graves que llegan al Servicio después de otros recorridos terapéuticos, o que abandonan la terapia con nosotros para dirigirse a otros agentes, y que, incluso, vuelven cuando las cosas van mal, porque, de todos modos, consideran a los profesionales del Servicio, o al Servicio en su globalidad, un punto de referencia, justamente, una “base segura” capaz de ofrecer protección para luego reemprender el recorrido evolutivo. En este sentido, garantizar la continuidad, una vez más por medio de la modalidad “base segura”, a través de las interrupciones inevitables de la relación, se convierte en una praxis constante.

Rendir cuentas de los resultados positivos generados<sup>14</sup> y por generar gracias a esta modalidad, y verificar su reproducibilidad en otros contextos, también significa desarrollar la tarea de volverla transmisible y aprovechable, teniendo en cuenta que estos factores difícilmente se pueden categorizar con los instrumentos existentes; será esta, sin embargo, la meta de la investigación y del trabajo que tenemos por delante.

Por último, queda abierto el problema de la formación de los profesionales desde este modelo, de la capacidad de proporcionar instrumentos de conocimiento “objetivo” (apego, metacognición, qué es una organización de significado, cómo se descompensa, etc.), pero también de esa competencia “subjetiva” relacional y emocional que se fundamenta en una “base segura” que el profesional mismo pueda aprovechar y que le permitirá aventurarse en este difícil territorio.

*El presente trabajo es el primer intento de aplicar el modelo postracionalista de Vittorio Guidano a la intervención en psicosis y trastornos de personalidad graves en un servicio público de salud mental. El autor, pupilo y colaborador de Guidano, y director de un servicio de salud mental italiano, describe la positiva interacción entre la experiencia directa y las contribuciones técnicas de una perspectiva que propone una reflexión sobre "lo que podemos hacer" con categorías no-racionalistas. En particular subrayar, por una parte, la importancia de un análisis que ofrezca un servicio de observación, su funcionamiento y el modo de interacción con sujetos sicóticos, como una preparación para comprender su significado personal. Por otra parte, describe una serie de modalidades de intervención prácticas que permiten una aproximación terapéutica a la subjetividad psicótica y que puede evitar intervenciones que impidan o silencien las crisis: esta modalidad amplía la metáfora de Bowlby, tratando de crear un servicio de "base segura".*

Palabras clave: *Postracionalismo, servicio "base segura", institución, subjetividad, intersubjetividad*

Traducción: Maria Monini

## Notas

- <sup>1</sup> Comarca de la Toscana famosa por su belleza. Nota del traductor.
- <sup>2</sup> Pueblos de dicha comarca. Nota del traductor.
- <sup>3</sup> Literalmente: "conocimiento por adquisición" y "conocimiento por descripción". Nota del traductor.
- <sup>4</sup> A partir de ahora llamaré "Servicios" a las instituciones psiquiátricas que se ocupan del tratamiento público de los trastornos psíquicos.
- <sup>5</sup> Quiero señalar textos prevalentemente italianos, unos de ámbito constructivista (Perris 1996, Proietti 1998, Rezzonico y Meier, 1989, Rezzonico y Lambruschi, 1996) y otros desde ópticas e historias diferentes, de los cuales sólo cito algunos (Correale 2006, Borgna 1995, Schepisi 1997, Di Cesare, Grispi, Villa 1998, Riefolo 2001), que tienen en cuenta esta necesidad de preservar un "espacio subjetivo" en el ámbito institucional.
- <sup>6</sup> Como es obvio, me refiero a la situación italiana de estructuras con organización prevalentemente "territorial".
- <sup>7</sup> Tratamiento Sanitario Obligatorio, o internamiento involuntario.
- <sup>8</sup> Hay algunas coincidencias con experiencias de la terapia familiar sistémica tanto en integrar la intervención familiar con la individual (Selvini 2004, Covini y otros, 2002) y en prestar mayor atención a las modalidades de apego (Doane e Diamond 1994 e Byng-Hall 1998), como en restringir el espacio dedicado a los aspectos más "técnicos" de la T.F. en un ambiente institucional en favor de una atención hacia los significados (Schepisi, 1997). De todos modos, creo que nuestro tipo de intervención familiar tiene características de originalidad que aún deben ser formalizadas, tanto en sus aspectos tóricos como en los prácticos.
- <sup>9</sup> Esta observación abre una posibilidad, al menos teórica, de "corregir" semejante "autoengaño" colectivo. Sorprende la escasez de reflexión acerca de los aspectos más abstractos del funcionamiento de un Servicio, es decir, las reglas y los criterios "implícitos", los no declarados, por los que se puede decidir, por ejemplo, si "intervenir" o no en un caso o si "declararlo de no competencia" sin saber definir con exactitud sobre la base de qué criterios, clarificados y debatidos en la comunidad científica, a lo mejor en la misma pequeña comunidad del Servicio. Acerca de la dificultad de realizar esta "acción reflexiva" considero útiles las experiencias de visitas e intercambio entre

- servicios, que favorecen una visión “desde fuera” de la propia praxis institucional, como, por ejemplo, la “acreditación entre pares”. (Veáse Revista: Sperimentale di Freniatria, 2003)
- <sup>10</sup> Acerca de las relaciones entre los conceptos de “metacognición”, “teoría de la mente” y “folk psychology” ver Foschi (2000). Sobre la conexión entre “capacidad reflexiva” y apego ver Fonagy y Target (2001), y Mary Main, en Parkes y otros (1995).
- <sup>11</sup> Sobre los aspectos que conciernen la relación entre psicosis y oralidad/escrituralidad, tema que interesó al último Guidano (1999; Guidano, 2007), Ong (1986), Olson y Torrance (1996) Jaynes (1976), Cheli (2000,a).
- <sup>12</sup> Un capítulo a parte mecería el problema de la supuesta falta de insight y de la “no conciencia de enfermedad” de los psicóticos. Aquí sólo puedo decir que cambiando el modelo epistemológico, y, en consecuencia, la intervención, las personas con crisis psicótica, especialmente en las fases iniciales de la psicosis, muestran en general un interés parecido al mostrado por neuróticos, por lo que se refiere a la disponibilidad para enfocar la propia experiencia y a la auto-conciencia.
- <sup>13</sup> En italiano: “presa in carico”, literalmente “hacerse cargo”.
- <sup>14</sup> Los resultados positivos, en el Servicio de Massa Marítima, se refieren especialmente a la evolución en el tiempo de los pacientes que presentan una crisis psicótica, llevados desde este modelo: parece mucho menos frecuente una evolución “crónica” en comparación con una estabilización en niveles “neuróticos” con una buena inserción social, laboral y familiar.
- Un segundo resultado positivo tiene que ver con el desuso de prácticas coercitivas y de contención tanto física como farmacológica, conjuntamente a la reducción de los episodios de violencia hetero- y auto-dirigida (agresividad y suicidios), atendiendo el hecho que tanto el servicio de internamiento (SPDC) como el hospital de día se llevan al cabo en régimen de “puertas abiertas”. Por supuesto, la dimensión “reducida” del área geográfica de análisis de esta experiencia y la característica “no metropolitana” dificultan la exportabilidad de lo que se ha expuesto.

## Referencias bibliográficas:

- ALLEN, J., & LAND, D. (2002). L'attaccamento nell'adolescenza”in *Manuale dell'attaccamento*, a cura di Cassidy J., Shaver P.R. Roma: Giovanni Fioriti.
- BORGNA, E. (1995). *Come se finisce il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano: Feltrinelli.
- BOWLBY, J. (1988). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina.
- BRUNER, J., & KALMAR, D. (1998). Narrative and Metanarrative in the Construction of Self. In: Ferrari M, Stemberg, R.J. (Eds). *Self-Awareness*. New York: Guilford.
- BYNG-HALL, J. (1998). Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico. Cortina ed.
- CERUTI, M. (1986). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.
- CHELI, C. (2000, a) Metarappresentazione, mente bicamerale e psicosi. *Psicobiettivo*, 31, 35-57.
- CHELI, C (2000, b) Approccio post-razionalista e psicosi:riflessioni ed esperienze cliniche. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* 7, 56-73.
- CIRILLO S., SELVINI, M., & SORRENTINO, A. (2002). *La terapia familiare nei Servizi Psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina.
- CORREALE, A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma: Borla.
- CUTOLO, G. (2003). Adolescenza e psicosi: un approccio post-razionalista. In Normalità e disagio nell'adolescenza, a cura di Nardi B, Bandoni M., Santone G. *Quaderni dell'AUSL 7 di Ancona*.
- CUTOLO, G. (2004). La narrativa emozionale negli psicotici. Seminario sull'interpersonale narrativo, Siena 22/11/2002 in *Studi e ricerche n. II*, a cura di Celesti A, Reda M.A., Bonsanti G., Università di Siena.
- CUTOLO, G.(2005). *Soggettività e istituzioni: una sintonia possibile? Intervento istituzionale post-razionalista nelle psicosi*. Atti del V° Convegno di psicoterapia post-razionalista, Siena 28 maggio 2004, a cura di Mario Reda.
- CUTOLO, G., & COSCARELLA, C. (1991). Il Servizio Psichiatrico come ‘base sicura’. *Etruria Medica* 1\1991.

- CUTOLO, G., & GUIDANO, V.F. (1993). Cognitivismo sistemico post-razionalista e psicosi. In *Psicopatologia e modelli psicoterapeutici: la prospettiva relazionale*. Milano: Wichtig.
- CUTOLO, G., MARSICOVETERE, V., FOSCHI, A. y LOMBARDI, G. (2000). Teoria della mente, psicosi, servizi di salute mentale. *Psicobiiettivo*, 20, 95-115
- DOANE, J. ,& DIAMOND, D. (1995). *Affetti e attaccamento nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina.
- FONAG, Y, P. y TARGET M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- FOSCHI, A. (2000). *Psicopatologia e Teoria della Mente*. Tesi di laurea. Pubblicata su internet [www.cutolo.too.it](http://www.cutolo.too.it)
- FRITH, C. (1995). *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Milano: Cortina.
- GUIDANO V.F. (1988). *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- GUIDANO V.F. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- GUIDANO V.F. (1998). La dinamica degli scompensi psicotici: processi e prospettive. (6° Congresso Internazionale sul Costruttivismo in Psicoterapia), Siena. Su "Il processo psicoterapeutico nell'ottica post-razionalista", *Atti del IX Convegno di psicologia e psicopatologia post-razionalista*", Siena 2008
- GUIDANO V.F. (1999) *Training pubblicato sul sito [www.ipra.it](http://www.ipra.it)*
- GUIDANO V.F. (2007). *Psicoterapia Cognitiva Postrazionalista* (note e commenti al testo de Quinones Bergeret A.T.). Milano: Franco Angeli.
- GUIDANO V.F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. A cura di G.Cutolo. Milano: Franco Angeli.
- GUIDANO, V. , & DODET, M. (1993). Terapia cognitiva sistemico-processuale della coppia. *Psicobiiettivo*, 13, 29-41.
- HAYEK, F. (1952). *The sensory order*. Chicago, University of Chicago Press (trad. it.: L'ordine sensoriale. I fondamenti della psicologia teorica. Milano: Rusconi, 1990).
- LA ROSA, M. (2005). La prospettiva post-razionalista come distinzione tra domini. Pubblicata su internet [www.scienzedellamente.it](http://www.scienzedellamente.it)
- MANNINO, G. (2005) Le 'Organizzazioni di Significato Personale': un modello a tre dimensioni, *Rivista di Psichiatria*, 40, 17-25.
- MANNINO, G. y MAXIA, G. (2001). Psicopatologia e psicoterapia della schizofrenia: verso un approccio post-razionalista, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 8, 44-61
- MATURANA, H., & VARELA, F. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Venezia: Marsilio.
- OLSON, D. y TORRANCE, N. (a cura di) (1995). *Alfabetizzazione e oralità*. Milano: R. Cortina.
- ONG, W. J. (1986). *Oralità e scrittura*. Bologna: il Mulino.
- PARKES, C., STEVENSON-HINDE, J., MARRIS, P. (1995). *L'attaccamento nel ciclo della vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- PARISE, P. (2005). Comprensione e significato delle psicosi. Atti del V° Convegno di psicoterapia post-razionalista, Siena 28 maggio 2004, a cura di Mario Reda.
- PERRIS, C. (1996). *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Torino: Bollati Boringhieri.
- POLANYI, M. (1990). *La conoscenza personale*. Milano: Rusconi.
- REZZONICO, G. y MEIER, C. (1989). Un approccio costruttivista alla terapia della schizofrenia: schizofrenia come ipotesi. *Psicobiiettivo*, 3, 35-47.
- REZZONICO, G. y LAMBRUSCHI, F. (a cura di) (1996). *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*. Milano: Franco Angeli.
- RIEFOLO, G. (2001). *Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- SCHEPISI, L. (a cura di) (1997). *L'imprevisto famiglia nei Servizi di Salute Mentale*. Milano: Franco Angeli.
- SELVINI, M. (2004). *Reinventare la psicoterapia. La scuola di Mara Selvini Palazzoli*. Milano: Raffaello Cortina.
- SEMERARI, A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina.
- SIMPSON, J.A. (2002). La teoria dell'attaccamento in una prospettiva evolutivista. In *Manuale dell'attaccamento*, a cura di Cassidy J., Shaver P.R. Roma: Giovanni Fioriti.