



Como la escucha y el tratamiento de los pacientes graves en los servicios públicos puede cambiar a través del modelo del psicoanálisis relacional¹

Carmine Schettini, M.D.²
ISIPsè, Roma, Italia

Más o menos hace 13 años en un Centro Público de Salud Mental de Roma organizamos un grupo de padres de pacientes psicóticos graves. Estas personas pensaban en sus hijos en términos de *cronicidad, necesidad de recuperación, psicofármaco terapia, resonancia magnético-funcional, incurabilidad, causas genéticas, déficit cognitivo, delirio, incompreensión*. Con estas palabras en sus mentes organizaban la relación con sus hijos. Durante los años han aprendido palabras nuevas. Palabras que no pertenecen a la familia de la dicotomía normal-patológico, sino palabras relacionadas con la dimensión del diálogo: *esfuerzo por la comprensión, esperanza, encuentro, coraje, escucha, dolor, acogida, tratar de curar ...*

Como psiquiatra y psicoanalista tengo una deuda especial con el psicoanálisis relacional. Este tipo de psicoanálisis ha generado y desarrollado una cultura que me ha dado palabras como: *regulación afectiva, autenticidad, compasión, empatía, esperanza, mutualidad, negociación, conflicto relacional, responsabilidad, reconocimiento, rendirse a la relación con el otro*.

Estas palabras no pertenecen a la dicotomía normalidad-patología o analizable-no analizable. Esas apoyan la tentativa de entrar en relación con las personas, para ampliar las posibilidades de comprensión y entonces de curación.

Gracias al diálogo fundado en las palabras relacionales que encuentra en pacientes graves, y como consecuencia, en los centros públicos de salud mental, un espacio de evidente eficacia, creo que el psicoanálisis relacional tiene su lugar apropiado donde haya un terrible sufrimiento y donde la esperanza y la confianza logren con dificultad sobrevivir.

Palabras clave: Psicosis, Psicoanálisis Relacional, Servicios Públicos de Salud

About 13 years ago, at a public mental health service in Rome, we organized a group of parents of patients affected by psychosis. These people thought of their children in terms of: *chronic illness, need for hospitalization, psychopharmacological therapy, functional MRI, incurableness, genetics, cognitive deficit, delusion, incomprehensibility*. With these words they organized the relationship with their children. Over the years, they have learned new words. Words that do not belong to dichotomies like normal-pathological, but are related to the dimension of dialogue: *effort to understand, hope, encounter, courage, listening, pain, welcoming, taking care of*.

We owe a special debt to relational psychoanalysis. This psychoanalysis has generated and developed a culture that has provided me with such words as *authenticity, empathy, engagement, negotiation, affect regulation, relational conflict, responsiveness, hope, mutuality, recognition, compassion*. These words do not belong to the normality-pathology or analyzability-non analyzability dichotomies. They sustain the attempt to enter into a relationship with people, to broaden the scope of understanding and therefore of treatment.

Thanks to a dialogue based on relational words, which is clearly effective in severe patients and consequently in public mental health services, relational psychoanalysis can be considered to be at home where there is great suffering and where hope and confidence struggle to survive.

Key Words: Psychosis, Relational Psychoanalysis, Public Health Services

English Title: How listening to and taking care of severe patients in the public services can change through the model of relational psychoanalysis

Cita bibliográfica / Reference citation:

Schettini, C. (2011). Como la escucha y el tratamiento de los pacientes graves en los servicios públicos puede cambiar a través del modelo del psicoanálisis relacional. *Clinica e Investigación Relacional*, 5 (3): 419-427. [ISSN 1988-2939]

“Nuestras esperanzas para el paciente están relacionadas de manera inextricable con nuestras esperanzas para nosotros mismos”

(S. A. Mitchell, 1993)

Quiero agradecer a Alejandro y a Ramón que hayan organizado esta conferencia, y también que me hayan invitado a esta particular sesión.

Todos hemos recibido en casa el folleto con la presentación de la conferencia. Os digo lo que más me ha impactado: ellos se preguntan: “¿... la experiencia subjetiva y su transformación son los únicos objetivos del psicoanálisis? ¿Puede el psicoanálisis contribuir a una mejor comprensión y a una mayor transformación de las tensiones entre el individuo, el grupo y la sociedad?...” y un poco más adelante proponen: “... una subjetividad que no está separada de su origen social y que por tanto permite dar cuenta de los grupos y de las relaciones sociales y de la comunidad (nacional y transnacional) para comprender mejor la experiencia individual y social y contribuir a cambiarla”.

Para empezar quisiera decir que veo una relación y al mismo tiempo una evolución entre esta conferencia y la precedente que se desarrolló en San Francisco: “Expandir el contexto relacional”, este era el título que correspondía a aquella conferencia. El año pasado se nos invitó a que nos preguntásemos: “¿A qué nuevos contextos podemos llevar el psicoanálisis relacional?”

“Cambiar el psicoanálisis para una sociedad que cambia”, el título de este año me suscita dos cuestiones: ¿En qué modo y en qué manera me ha cambiado el psicoanálisis relacional, como analista y espero que también como persona para poder formar parte plenamente y dar mi contribución a una sociedad que cambia? Y también: “¿A través de qué cambios nuestra comunidad científica puede estar en sintonía en cuanto a las necesidades con la gran comunidad humana?”

Trabajo en un centro público de salud mental de la ciudad de Roma, por eso estoy especialmente solicitado a responder a estas cuestiones, y trataré de llevarlo a cabo basándome en mi experiencia clínica que vengo desarrollando desde hace años en este ámbito.

Como ciertamente sabréis, hace un poco más de treinta años, en Italia, tuvimos una reforma psiquiátrica que constituyó una revolución cultural sin precedentes. Imaginaos, antes de que esta ley estuviera vigente, una persona que tenía una crisis psicótica con una grave alteración del pensamiento y/o del comportamiento, podía permanecer encerrado incluso toda su vida en el manicomio. Y el encierro era obligatorio, contra su propia voluntad. Sería para siempre “un loco”. Él era expulsado fuera de la ciudad y detenido dentro de un límite sanitario específico.

Los pacientes psiquiátricos fueron retirados del manicomio, y han vuelto a entrar en la sociedad y en sus familias. El final de esta estructura ha supuesto el reconocimiento del sufrimiento psíquico como un problema de todos nosotros, seres humanos y sociales. Esto

constituye la tentativa de abatir los límites entre quién está sano y quién está enfermo, y en consecuencia, yo añadiría que ha sentado las bases para la comprensión del sufrimiento mental, no sólo visto como un acto terapéutico y ético, sino como una necesidad inevitable de la existencia humana.

En 1998, en el centro de salud mental dónde trabajo, decidimos crear un grupo de padres de pacientes graves. No queríamos que los padres permanecieran alejados del tratamiento, como había sucedido con una concepción más intrapsíquica de la mente, ni tampoco queríamos tratarles como a enfermos y culpables por haber dañado a sus hijos, como había acontecido durante muchos años. El objetivo tampoco era una mayor prevención o una mejor intervención sobre la “enfermedad”, como sucedía en los grupos de Psicoeducación. Nosotros lo que queríamos era promover y mejorar las relaciones dentro de estas familias a través de compartir sus historias dolorosas con el grupo.

El grupo ha sido constituido y estructurado bajo los criterios de la teoría grupo -analítica de S.H. Foulkes: una teoría cuya hipótesis se basa en el cambio de cualquier componente del grupo, incluido el coordinador del mismo, a través de la función del grupo en su conjunto. Sin embargo los modos en que hemos organizado la experiencia de los eventos en el grupo y el modo de relación dentro del grupo, están profundamente inspirados en autores del psicoanálisis relacional³, de Ferenczi a nuestros días.

De este modo, en todos estos años, el grupo ha sido para estos padres el lugar donde rescribir sus propias historias, donde dar a los acontecimientos tan dolorosos un tiempo: un pasado (“cuando nuestro hijo comenzó a estar mal”) y, también un futuro; en alternativa a un perpetuo presente de reivindicaciones hacia la institución, de sentimientos de culpa, de conflictos familiares, aislamiento, vergüenza.

La reapertura de sus historias ha sido acompañada por un sentimiento de esperanza, pero también de una vivencia dolorosa: no sólo se ha tratado de recordar, también de aceptar que en lugar de la devaluación defensiva de sus propios hijos (incapaces, desafortunados), o una infravaloración 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 al completo.

Durante el transcurso de estos casi 13 años estas personas han discutido, peleado, escuchado, llorado, expresado todas las ambigüedades con respecto al tratamiento y al sufrimiento generado en ellos y sobre todo el de sus propios hijos.

Han saboteado en muchas ocasiones proyectos de inserción de sus hijos en la comunidad terapéutica y con esfuerzo también han sido capaces de favorecerlos; Han esperado a os hijos hasta el final de la experiencia (que dura cerca de tres años), para re-acogerlos en casa, después de echar la vista atrás con fantasías de nostalgia, de expulsión, de acogida, sostenidos por una valoración realista pero muy sufrida debido a todos los cambios acontecidos, y también por las cosas que todavía están por hacer y también de aquellas que puede que no se puedan hacer jamás. Han fantaseado en sueños con que sus hijos les acuchillaban y también han pensado en cogerlos en brazos; con toda la rabia y el dolor

por el trágico resultado de estas historias. Han redefinido sus propios roles dentro de la pareja conyugal a través de sus vivencias como padres. Algunos han realizado una psicoterapia individual, otros han hecho una psicoterapia de pareja para mejorar sus funciones parentales.

Todavía no hemos examinado la literatura con referencia a este tema, y por tanto no podemos asignar al fenómeno un significado correcto, pero hemos observado un conjunto de síntomas somáticos (alergias, tumores, enfermedades cardiovasculares) en al menos uno de los padres de cualquier pareja durante el proceso en el cual se trabajó en estos años. Han sido eventos relacionales, al menos en lo que a su dimensión emocional se refiere, también eventos comunicativos sustitutos de las lágrimas, si bien se presentaron de un modo más reservado.

El suceso más importante que el grupo reconoce haber logrado tiene que ver con haber aprendido a reorganizar el significado de la propia experiencia: para decirlo con otras palabras, han reorganizado su propio vocabulario. Al principio, estos padres sólo podían pensar en sus hijos en términos de *cronicidad*, *necesidad de recuperación*, *psicofármaco terapia*, *causas genéticas*, *déficit cognitivo*, *incomprensión* (no sólo del delirio, sino también de la modalidad relacional) y cosas por el estilo. Palabras de la familia de la dicotomía normal-patológico o de la familia objetivadora de la etiología genética y biológica y de los pronósticos inevitables.

Ahora, sin embargo pueden pensar con palabras como *esfuerzo por la comprensión*, *esperanza*, *encuentro*, *coraje*, *escucha*, *dolor*, *acogida*, *tratar de curarse*... Palabras menos técnicas y más familiares para llegar al diálogo. Cualquiera ha escuchado las historias de los otros, pero sobre todo ha podido observar las caras de sufrimiento de los otros y desde ese lugar se han podido encontrar. No sólo han sido escuchados, acogidos, comprendidos, ayudados, también se han recogido sus testimonios y han recibido una validación de su propia experiencia.

Hasta hace dos años, el grupo estaba constituido por padres que tenían un hijo afectado de psicosis, pero al menos otro con una vida social y laboral un poco más adaptada, es más, a veces incluso llamaba la atención el fuerte contraste con las condiciones psicológicas del hermano: pareja, hijos y un buen trabajo. Además, al menos por lo que respecta la terapia farmacológica y a veces para la psicológica, recibían asistencia gratuita en el departamento.

Sin embargo, hace aproximadamente dos años, llegó al grupo una pareja de padres que tienen dos hijos, y ambos son psicóticos. Éstos tenían además una gran carga económica porque ambos hijos estaban siendo tratados a nivel privado, con terapia psicológica y farmacológica, cada uno de ellos con dos terapeutas distintos.

Por las condiciones de esta nueva pareja, todo el grupo se movilizó en un modo bastante particular y trataron de ayudar a los recién llegados con gran pasión. En una primera fase, el modo de hablar del grupo dejó muy desorientada a la pareja; el padre que buscaba desesperadamente las últimas novedades en cuanto a resonancia magnética cerebral, y la

madre que por su parte soportaba en silencio toda la carga emocional de la familia. Hacia finales del primer año, la pareja pudo comenzar a utilizar la cultura del resto del grupo y así comenzó a reabrir y repensar su propia historia.

A medida que el trabajo progresaba, pudimos observar un dato interesante: cuando el grupo se encontraba en la situación de ayudar a la nueva pareja para dar un nuevo paso hacia delante, que era muy novedoso para ellos y que se asociaba con una gran carga de sufrimiento, entonces alguno decía: “Eh...ellos ni siquiera han tenido el placer de tener un hijo normal” y el grupo tendía a agruparse en dos polos: entre una esperanza inconsistente y una desesperación sin salida. Un poco más adelante, se comenzó a revelar otro fenómeno: los nuevos padres se mostraron tendencialmente más rápidos que los otros cuando se hizo evidente que los otros padres, que algunas veces no alcanzaban a sostenerse en la relación con su hijo “enfermo”, perdían la esperanza y regulaban su propio estado de bienestar trasladando la atención del hijo “enfermo” al hijo “sano”, aludiendo: “No se puede pretender demasiado!” y después, “No sé cómo os las arregláis vosotros con dos hijo enfermos!”.

Un día los padres explotaron diciendo: “Nosotros no nos podemos permitir interrumpir el esfuerzo de escuchar a nuestros dos hijos, tendríamos consecuencias devastadoras para toda la familia”. Una respuesta que constituyó un evento muy significativo y poco a poco fuimos descubriendo un hecho un tanto paradójico: los padres más “desafortunados” se mostraron como los más empeñados y entrenados en la tarea de la escucha, sin embargo esto les suponía una gran carga de sufrimiento. Se pelearon, lucharon, lloraron, pero no podían permitirse aceptar compromisos o evitar la relación. Y también saben con seguridad que cuando tratan de abstenerse de la relación con sus propios hijos, aquello también es un tipo de relación. Cuando en el grupo no consiguen tener la suficiente regulación para tolerar el dolor, el padre de pronto encendía su portátil fingiendo jugar un poco y la madre le reprendía exclamando: “Un día mato a mi marido!” Él dice “Tengo terror de llorar”, entonces era la mujer la que lloraba unos minutos.

Y luchan, luchan no sólo en el plano psicológico, su esfuerzo es a un nivel humano que abarca más campos. No quieren negar la patología, pero a su vez tampoco quieren limitar a sus hijos a un circuito psiquiátrico. Saben que tanto las teorías psicológicas como la propia cultura actual de la sociedad y las condiciones económicas contribuyen a organizar el modo de pensar la patología mental. De este modo, en estos últimos meses han tratado de encontrar para sus hijos cualquier actividad o trabajo que sea en el ámbito de la comunidad humana, rechazando cualquier tipo de actividad en el ámbito sanitario destinada exclusivamente a pacientes psiquiátricos. Han defendido la dignidad del trabajo no reconocido, y con una mezcla entre ternura y excitación, pero sin demasiada vergüenza- los dos son brillantes licenciados-han ayudado a un hijo a hacer un curso para aprender a hacer pan y pizza. A menudo contaban que el hijo es muy apreciado por sus amigos, para los cuales cocina en cuanto le es posible: ese tipo de pizza que actualmente ya sólo la hacen los inmigrantes, como la mayor parte del trabajo que se hace con las manos.

Así, de esta manera el grupo fue definiendo otro nuevo punto de partida: hasta ahora habían hecho grandes esfuerzos por acoger y comprender, ya no era un enfermo que controlar, sino un hijo que comprender en la dificultad y en las necesidades específicas. Si vergüenza, ni rabia, pero todavía con una sensación de extrañeza, difícil de entender con respecto a un mundo conocido; un respeto ajeno por el sentido de la vida en el mundo de los “sanos”. Ahora, sin embargo, comienzan a pensar que a través del esfuerzo por el encuentro con el otro, y la intención permanente de comprender, de alguna manera sus hijos les han obligado a estar abiertos al diálogo, gracias al cual han podido mejorar su relación de pareja y su relación con su propia historia personal. Descubrimos con sorpresa que la vida de estos padres y de estos hijos, y también la del terapeuta del grupo, en general, la vida de las personas está construida de tantos pequeños intentos de diálogo, a veces con éxito, y otras con fracaso.

Me acuerdo de una frase de Gaetano Benedetti: “Es en el sufrimiento del psicótico dónde nos encontramos los problemas más grandes de la mente humana. Afrontarlos quiere decir iluminar al ser humano de significado y sentido, alcanzar una mayor comprensión del ser humano en general, no sólo de la persona psicótica”.

Estoy muy agradecido a estos padres por la experiencia que me permitieron vivir,, ya que fue una oportunidad única.

No han sido sólo los padres los que han reorganizado su vocabulario para favorecer el diálogo: opino que también el psicoanálisis relacional ha reorganizado el vocabulario psicoanalítico en esta dirección. Tenemos una deuda particular con esta vertiente del psicoanálisis que ha desarrollado una cultura del tratamiento fundada en palabras como: *regulación afectiva, autenticidad, compasión, empatía, esperanza, mutualidad, negociación, conflicto relacional, responsabilidad, reconocimiento, rendirse a la relación con el otro*. Considero que estas palabras no son simples términos técnicos, son más bien nuevos principios que organizan las relaciones que dan forma al modo de pensar la relación.

También estas palabras, como las del nuevo vocabulario de los padres, no pertenecen a la dicotomía normal-patológico o peor aún a la dicotomía paciente analizable – paciente no analizable. Esas sostienen la intención de encontrar a las personas para ampliar la posibilidad del tratamiento. Creo que un diálogo fundado sobre las palabras relacionales, en el encuentro con los pacientes graves no quiere decir simplemente que el psicoanálisis relacional se pueda usar utilizada en los servicios públicos, pero mucho más que eso; Yo diría que para la cultura específica que ésta ha aportado al mundo del tratamiento, a través de la relación, que supone encontrar y vigilar el sufrimiento profundo de los seres humanos.

Gracias a todas estas contribuciones en estos años, he tenido múltiples reflexiones sobre estos temas, alguno de los cuales compartiré ahora con vosotros. Me he dado cuenta, por ejemplo, que podía cometer los mismos errores de los que los padres se quejaban que cometían mis colegas: podía pasar por alto necesidades importantes en el trabajo con los

pacientes graves “Es cierto que puede ser más difícil tener una relación con un paciente psicótico que con sus padres”, pensaba entonces. En otras ocasiones pensaba que ciertas cosas no las entendía porque no estaba muy atento, es decir, simplemente erraba. En alguna ocasión era consciente de que ciertas cuestiones no las encontraba porque voluntariamente evitaba afrontarlas con ciertos pacientes ya que evitaba exponerles a demasiadas vivencias de vergüenza. Otras veces me venían a la mente las palabras de Sullivan 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 relevancia, sin sufrir jamás una alteración o una crisis...que han crecido en la penumbra del tiempo que transcurre siempre igual: también éstos están lejos de poder afrontar el problema de la psicosis. La psicosis representa un problema, que con sus ramificaciones, supone demasiada desesperación para ellos y sólo puede dejarles una inútil sensación de inutilidad y pesimismo...”

También me preguntaba si mi persona y mis palabras podían ser lo suficientemente buenas o eficaces, como la de aquellos padres, porque al fin y al cabo he crecido y me he formado en contextos ínter subjetivo muy lejanos a los de estas personas. Es cierto que hemos tenido múltiples sesiones con estos pacientes, y también hemos ido a buscarles a sus casas, pero nunca hemos habitado en sus mundos, y no me refiero sólo al mundo experiencial psicológico, sino también al social.

Alguna vez he llegado a pensar que ciertamente todos nosotros podemos prestar atención y reflexionar sobre la experiencia traumática del otro; los abusos sexuales, el desplazamiento que sufre una casa y la ciudad entera después de un terremoto, la incertidumbre de tener o no dinero para comer, las discriminaciones raciales. Sin embargo, cuando oímos el relato de un colega que no sólo ha reflexionado sobre estos episodios, sino que también ha vivido personalmente una de estas experiencias, entonces la música suena de otra manera muy diferente. Ninguno de nosotros ha tenido una vida sin experiencias traumáticas, pero ahora habitamos en un mundo en el cual hemos podido sacar provecho de estas experiencias, incluido el hecho de haber podido desarrollar un trabajo creativo a partir de nuestras vivencias. Tenemos muy buenas relaciones en la vida privada y en la profesional; pertenecemos a distintos grupos, no sólo profesionales, también en el ámbito de la música o del arte por ejemplo; tenemos bastante dinero; necesidades satisfechas y teorías sofisticadas para comprender el mundo.

Las personas que funcionan prevalentemente en un modo psicótico están casi siempre aisladas, no tienen familiares que sepan estar cerca, no tienen suficiente dinero, a menudo no tienen trabajo, tienen muchas dificultades para comprender el contexto en el cual se hayan y también para hacerse comprender por los otros, aparte conviven con la dificultad que les suponen los efectos colaterales de los fármacos, que suelen ser evidentes a los ojos de los demás (temblores, somnolencia, obesidad), etc.

Dificultades complejas y una calidad de vida bastante pobre. Y con todo y con eso, ni siquiera tienen la “desgracia” de pertenecer a una categoría de traumatizados de los

cuales se hable en los periódicos.

Hemos podido observar que nuestros pacientes no sólo han sido dañados por traumas psicológicos. Son las víctimas más vistosas de daños sociales como el aislamiento, la competición individual, la presión del consumo como un indicativo de identidad y de los daños económicos como la precariedad laboral siempre creciente. De estos factores, todos somos víctimas, pero ellos no tienen suficientes áreas de salvación: una política criminal está reconstruyendo el manicomio para todos nosotros, y mucho serán puestos fuera, pero esta vez puede que sólo culturalmente y no sólo topográficamente, y entonces puede que ninguno se dé cuenta.

Un último pensamiento: el psicoanálisis relacional me ha ayudado a reflexionar profundamente sobre el lugar que ocupa mi subjetividad en mis relaciones con el paciente. Ahora, en esta conferencia estamos tratando de reflexionar acerca de cómo cambia el psicoanálisis en un mundo que cambia. Quizá en este momento deba contar no sólo con mi subjetividad, sino también conmigo mismo, una subjetividad emocional inmersa en la comunidad humana.

Entonces pienso: “ Si los sufrimientos que he descrito no sólo son un criterio diagnóstico, sino que también representan un contexto más amplio de otros que me recuerda explícitamente la responsabilidad inevitable del diálogo, cómo me puedo tratar como persona, dentro de tal categoría está la de psicoanalista, con el fin de que estas dos dimensiones humanas no se olviden? Cómo puedo evitar coincidir con aquellos aspectos de la sociedad que disocia siempre de manera más sofisticada el sentido comunitario de todos los seres humanos?” Entonces, estoy llamado a reflexionar no sólo en mi relación con el otro en el ámbito de la terapia, también en mi relación con el sentido de la vida y en qué valores reconozco y promuevo en el encuentro con el paciente. Por todos estos motivos que os he dicho, yo creo que el psicoanálisis relacional puede servir para ayudar a promover una nueva cultura, no sólo en la comunidad psicoanalítica, sino también en la comunidad humana.

Había prometido hacer una contribución a todos estos argumentos, pero sólo he sido capaz de hacerlo a través de estos interrogantes, os agradezco que me hayáis escuchado.

Riassunto

Circa 13 anni fa in un Servizio Pubblico di Salute Mentale di Roma abbiamo organizzato un gruppo di genitori di pazienti affetti da psicosi. Queste persone pensavano ai loro figli in termini di: *cronicità, necessità di ricovero, farmacoterapia, risonanza magnetica funzionale, incurabilità, genetica, deficit cognitivo, delirio, incomprensibilità*. Con queste parole nella mente organizzavano la relazione con i loro figli. Negli anni hanno imparato nuove parole. Parole non della famiglia delle dicotomie come normale-patologico, ma parole che hanno familiarità con la dimensione del dialogo: *sforzo per la comprensione, speranza, incontro, coraggio, ascolto, dolore, accoglienza, prendersi cura...*

Come psichiatra e psicoanalista ho un debito particolare con la psicoanalisi relazionale. Questa

psicoanálisis ha generado e desarrollado una cultura que me ha fornido palabras como *autenticidad, empatía, ingaggio, negociación, regulación afectiva, conflicto relacional, responsividad, esperanza, mutualidad, reconocimiento, compasión*.

Estas palabras no pertenecen a la dicotomía normalidad-patología o analizabilidad-no analizabilidad. Ellos sostienen el intento de entrar en relación con las personas, para ampliar las posibilidades de la comprensión y por lo tanto de la cura.

Gracias precisamente al diálogo fundado en palabras relacionales que encuentro en los pacientes graves, y de consecuencia en los servicios públicos de salud mental, un espacio de evidente eficacia, yo creo que el psicoanálisis relacional puede ser reconocido en casa donde está el sufrimiento terrible y donde la esperanza y la confianza se agotan a sobrevivir.

Original recibido con fecha: 21/6/2011 Revisado: 11/10/2011 Aceptado para publicación: 24/10/2011

NOTAS

¹ Intervención leída en la sesión plenaria "Relational Clinical and Community practices in the Public Health Service. Evidence and social demands" presidida por Alejandro Ávila en la IX *International IARPP Conference*, Madrid, 29 Junio a 2 Julio 2011. Traducción al castellano realizada por Antia Revenga Valera del original italiano, revisada por Danilo Magistrali. Publicado con autorización del autor.

² Carmine Schettini es Doctor en Medicina, Psiquiatra y 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.

³ De acuerdo con el Instituto al que pertenezco – Isipsé, Instituto de Psicología Psicoanalítica del Self y Psicoanálisis Relacional – incluyo en el grupo del psicoanálisis relacional el Psicoanálisis Relacional propiamente dicho, la Psicología del Self y la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos.