

FRACTURAS HUMANAS, ÁMBITOS DE TRATAMIENTO, ÁMBITOS DE FORMACIÓN¹

HUMAN FRACTURES, AREAS OF TREATMENT, AREAS OF FORMATION

Marco Vannotti²

Scuola di terapia Mara Selvini Palazzoli di Milano
Centro di Ricerche Familiari e Sistemiche di Neuchâtel.
mvannotti@gmail.com

Michele Gennart³

Centro di Ricerche Familiari e Sistemiche di Neuchâtel
gennart@bluewin.ch

RESUMEN

La formación en psicoterapia está intrínsecamente modelada por nuestra forma de pensar sobre el ser humano. ¿Qué, en la existencia humana, nos expone a la (psico)patología? ¿Qué se puede considerar beneficioso y transformador en el intercambio terapéutico? Y análogamente ¿qué actitud en el entrenamiento, así como en la terapia, podría ser más humana?

Haciendo referencia al pensamiento fenomenológico, los autores examinan el estatuto singular en torno al cual giran la psicopatología y la terapia: el fenómeno pático. Lo "pático" se refiere a la vulnerabilidad multiforme que distingue nuestra condición humana y que marca también nuestra apertura, nuestra sensibilidad fundamental a lo que sucede en el encuentro. La dimensión patica de la enfermedad -más que los síntomas- constituye la realidad inmediata y grávida para el paciente.

La terapia puede definirse como un movimiento intersubjetivo de encuentro, de camino común y de intercambio, donde el terapeuta pone sus conocimientos teóricos, su saber hacer y su presencia al servicio de la persona tratada, para tender a estar mejor consigo mismo, con los otros y en el mundo.

Asimismo, la formación está llamada a propiciar un encuentro transformador entre formadores y estudiantes. La formación en psicoterapia se basaría en esta iniciación viva y pensante en la condición humana: su naturaleza "pática" fundamental, marcada por la posibilidad tanto de perdición como de aniquilación, así como de confianza y realización.

En su camino, el alumno debe poder contar no solo con la experiencia, sino también con la relación con formadores comprometidos que lo apoyan y guían, y con la solidaridad activa, con el espíritu cooperativo del grupo de compañeros para enfrentar lo 'maravilloso' y lo 'desconcertante' del encuentro con el pathos.

Palabras claves: formación, psicoterapia, psicopatología, experiencia, pática, vulnerabilidad

¹ Traducido por el Ps. Freddy Orellana a quien agradecemos su trabajo.

² Psiquiatra-psicoterapeuta, docente de la Escuela de Terapia Mara Selvini Palazzoli de Milán y miembro fundador del Centro di Ricerche Familiari e Sistemiche di Neuchâtel.

³ Filósofa y psicóloga-psicoterapeuta, trabaja en el Centre Médical de la Source de Lausana y formadora en el Centro di Ricerche Familiari e Sistemiche di Neuchâtel.

ABSTRACT

The formation in psychotherapy is intrinsically modeled by our way of thinking about human being. What, in human existence, exposes us to (psycho)pathology? What can be considered beneficial and transformative in the therapeutic exchange? And analogously, what attitude in training, as well as in therapy, could be more humane?

Referring to phenomenological thought, the authors examine the singular status around which psychopathology and therapy revolve: the pathic phenomenon. The "pathic" refers to the multiform vulnerability that distinguishes our human condition and which also marks our openness, our fundamental sensitivity to what happens in the encounter. The pathic dimension of the disease -more than the symptoms- constitutes the immediate and pregnant reality for the patient.

Therapy can be defined as an intersubjective movement of encounter, common path and exchange, where the therapist puts his theoretical knowledge, his know-how and his presence at the service of the treated person, in order to tend to be better with himself, with others and in the world.

Likewise, formation is called to foster a transforming encounter between formators and students. The formation in psychotherapy would be based on this living and thinking initiation into the human condition: its fundamental "pathic" nature, marked by the possibility of both perdition and annihilation, as well as confidence and accomplishment.

On their way, the student must be able to count not only on the experience, but also on the relationship with committed formators who support and guide them and with the active solidarity, with the cooperative spirit of the group of companions to face the 'wonderful' and the 'puzzling' of the encounter with pathos.

Keywords: formation, psychotherapy, psychopathology, experience, pathic, vulnerability

I. La dimensión patológica entre psicopatología y terapia

"El médico de un manicomio que es tan estúpido como para creerse sabio para siempre y que, por poca inteligencia que posea, está a salvo de todo riesgo durante todo el curso de su vida: es, en cierto sentido, más sabio que los locos, pero, al mismo tiempo, es más tonto y ciertamente, no sanará a muchos"

Kierkegaard [1]

1. La locura, un evento que afecta la mente.

BINSWANGER HABÍA COLOCADO ESTA CITA de Kierkegaard al comienzo de su texto *Der Mensch in der Psychiatrie* [2]. Nosotros a su vez queremos darle un lugar de honor, porque nos devuelve a algo esencial, tanto en términos de la locura como en lo que debemos transmitir y enseñar a nuestros alumnos para que sepan tratar y ayudar a sus pacientes. Kierkegaard nos invita ante todo a pensar -algo que los terapeutas a menudo

estamos tentados a refutar- que la locura que golpea a un sujeto puede golpearnos a todos [2, p. 14]. Por supuesto, pudimos identificar los determinantes -biológicos, familiares, sociales- que aumentan o disminuyen nuestra probabilidad de desarrollar un trastorno particular. Sin embargo, donde surge la locura, en la forma menor de un "momento de locura" o como una transformación más radical de la existencia, ocurre un evento que nos golpea, impredecible, incontrolable. La psicopatología, por tanto, no nace como una "enfermedad" que desarrollaríamos "dentro de nosotros", circunscrita e identificable. Su inicio es más como un cataclismo, un destino adverso, una desgracia impactante.

En el ataque de pánico, la persona puede sentir como si la muerte estuviera a punto de tomarla y abrazarla. Como ocurre con la mayoría de los trastornos de ansiedad, no se siente ansiosa, sino en peligro.

En la depresión el sujeto siente la vida dentro y alrededor de él que se vuelve pesada, se oscurece, se hiela.

En la esquizofrenia incipiente el individuo percibe una obtusa amenaza que se avecina y la fisonomía del mundo adquiere un tono perturbador, que pone en duda su existencia.

Nos hemos acostumbrado en nuestra tradición a llamar a estas experiencias "enfermedades". Sin embargo, esta noción conserva, en psiquiatría, un aspecto algo metafórico del que es mejor ser consciente, sobre todo porque esta calificación genera regularmente malentendidos o disensiones en la relación terapéutica. Las experiencias psicopatológicas se refieren a modificaciones insidiosas o brutales de nuestra situación existencial, que no vivimos limitadas a nuestra persona, sino que afectan en su conjunto a nuestra experiencia de nosotros mismos, del mundo, de los otros.

El término griego *pathos*, que se encuentra en nuestra "psicopatología", es probablemente el más preciso y cercano a la experiencia de aquellos a los que llamamos "pacientes". El término *pathos* designa una *prueba*, una prueba atravesada con el cuerpo y el alma, más allá de su dicotomía; una prueba en la que un yo se enfrenta a una alteridad; una prueba que tiene lugar en un área cercana al paso crítico de la vida a la muerte. No hay enfermedad en psiquiatría sin un yo que se pone a prueba y que, al sufrirla, la realiza, la "personifica" -- identificándola tan radicalmente como todo rostro humano recuerda necesariamente la idea de hombre.

Lo que hace que la unicidad sin igual de la "enfermedad psiquiátrica" es precisamente el hecho de que puede "afectarnos a todos", y esto por la sencilla razón de que somos humanos. Las enfermedades psiquiátricas son los trastornos por los que estamos enfermos de nuestra condición humana como tal [4, 5]. O más precisamente, para dejar más espacio a la contingencia que marca nuestra situación existencial, nos enfermamos allí donde nuestra condición humana nos hace particularmente vulnerables [6]. Así como en el caso de una fractura, ésta puede ocurrir debido a la estructura necesariamente rígida de nuestros huesos que, por tanto, por esta característica también adquieren la posibilidad de ser fracturables, así también el trastorno psiquiátrico, cualquiera que sea su origen, derivado de condiciones biológicas o desde un contexto social, es siempre y esencialmente inherente a la propia naturaleza humana.

Desarrollamos nuestra ciencia y nuestro saber hacer, en psiquiatría, sin poder perder nunca por completo de vista esta área de vulnerabilidad que es: tanto nuestra condición humana compartida como el "objeto" específico de nuestra práctica y, en consecuencia, de nuestro propio trabajo formativo. Como afirma Binswanger en su ensayo *Der Mensch in der Psychiatrie* [2, p. 15]:

“No entendemos nada de la locura mientras nos comportemos con el loco como *sujetos no involucrados* o, lo que es lo mismo, ponemos al loco frente a nosotros simplemente como un objeto, en síntesis, *lo representamos como un objeto*. Entendemos la locura sólo en base a nuestro común destino humano, en base a la *condition humaine*, como dicen los franceses o, lo que es lo mismo, cuando vemos en el loco alguien que es 'el hombre con nosotros', que es nuestro prójimo (*Mit - Menschen*)”.

Esto es lo que J. Schotte llamó el aspecto "autológico" de la psiquiatría [4], una profesión "en busca de lo humano", de quién es el hombre, aquel que es abordado y comprendido en el momento inaugural de las pruebas (*pathos*) que atraviesa. Esto es lo que hace finalmente la íntima afinidad entre psiquiatría y filosofía. Desde luego, el encuentro con *el loco* pone a prueba al propio terapeuta y desafía la práctica, el estar ahí; uno no puede permanecer en una posición teórica frente al drama de la locura. Y este es quizás el aspecto más exigente y arduo de la formación, más es importante que los estudiantes aprendan a acompañar estos pasajes entre los fenómenos de la locura y una condición humana compartida: comprender lo que vive la persona que la padece y caminar con ella en lo que se configura como un camino terapéutico compartido.

Por ello, quisiéramos comenzar comentando esta relación entre el campo psiquiátrico y la condición humana. Esta primera parte, relativamente larga, nos parece necesaria porque, si el objeto de nuestro trabajo sigue siendo la formación en psicoterapia, sentimos la necesidad de transmitir las líneas maestras de nuestra comprensión de la *enfermedad psicopatológica*, de la humanidad de quienes solicitan nuestro cura. También sentimos la necesidad de esclarecer lo que está en la base de nuestra forma de brindar tratamiento psicoterapéutico. Estas reflexiones, incluso sin nuestro conocimiento, plasman constantemente nuestra actitud como formadores. En una segunda parte abordaremos la cuestión de cómo construir una formación en psicoterapia que se acerque más a la llamada de Kierkegaard al saber de los psicoterapeutas, que ayude a los profesionales a tomar en serio su solidaridad existencial con los pacientes que tienen que “curar”.

2. Los trastornos psiquiátricos y la condición humana

El primer rasgo de nuestra condición en el que nos gustaría centrarnos reside en nuestra (inter)dependencia fundamental: inmaduros durante mucho tiempo, somos de los más dependientes entre los vivos, confiados desde el principio, para nuestro crecimiento y para nuestra supervivencia, al cuidado de las figuras que nos rodean. Esta dependencia se vive de manera aguda en la laceración del abandono, en las separaciones que desbordan los recursos de autonomía del niño; caracteriza toda nuestra vida, en la que todo apego conlleva un riesgo de pérdida tan intenso como nuestra identidad se nutre de los lazos que tejemos.

Esta primera característica de nuestra condición es, por tanto, nuestra dependencia del mundo humano y circundante -nunca definitivamente superada- y que recorre todo el campo de la clínica. Es particularmente evidente en los trastornos del estado de ánimo donde los pacientes experimentan, en el lado depresivo, una experiencia de insuficiencia que diríamos casi psicosomática. Ya no son capaces de "sentirse bien", se sienten pesados, incapaces y apagados. Ya no pueden enfrentar los desafíos de su vida por sí mismos. Viven un vacío, un fracaso difícil de nombrar. Desde el lado (hipo)maníaco, todo sucede como si, siguiendo la articulación entre sentir y movimiento tan bien descrita por V. von Weizsäcker [7, 8], el sujeto se agitara desesperadamente para no sentir carencias e insuficiencias.

En esta primera prueba que, para el niño, toma la forma de angustia de abandono, resuena lo que Heidegger [9] pensaba como un rasgo característico de la existencia: la angustia de ser desamparado (*Geworfenheit*, de ser desechado).

Podríamos decir también, para hacer resonar mejor la dimensión intersubjetiva de esta prueba, la angustia del no reconocimiento, de la *defección* del otro que, por su ausencia ya no garantiza más nuestro buen derecho de vivir. Esto revela patológicamente nuestra dependencia, como yo humano, de una comunidad circundante, una dependencia que, en el mejor de los casos, puede sostener una autonomía y una libertad que permanecerán vulnerables.

Esto nos lleva al segundo rasgo de nuestra condición, tan omnipresente incluso en nuestra clínica cotidiana, a saber, que nuestra manera de estar juntos se configura necesariamente en un espectro que se extiende entre el *bien* y el *maltrato*. Las relaciones de poder, la violencia y la explotación, como señala Ricoeur, están incrustadas en la estructura misma de la interacción humana [10, 11]. Escribe: "Lo primero que hay que tener en cuenta es una situación en la que uno ejerce poder sobre el otro, y en consecuencia el agente corresponde a un paciente que es potencialmente víctima de la acción. Sobre esta asimetría básica se injertan todas las derivas malignas de la interacción, resultantes del poder ejercido por una voluntad sobre la otra. Van desde la influencia [psicológica] hasta el asesinato y la tortura, pasando por la violencia física, el robo y el estupro, la coerción psicológica, el engaño, la astucia, etc. [10, págs. 263-264] El hombre tiene esta vulnerabilidad muy especial, que radica en el hecho de que necesita *ser tratado suficientemente bien* por las personas con las que se relaciona para vivir, crecer y *sentirse lo suficientemente bien*. Una parte considerable de la clínica psiquiátrica nos remite a fenómenos de maltrato, en las familias, en las comunidades, en el mundo escolar o laboral. El *pathos* aquí es el de ser *objeto* del otro [12, 13], *no sólo dependiente*, sino *objeto* de conductas violentas, que hieren, incluso destruyen a la persona en su ser.

Durante nuestra vida, y en cada circunstancia, estamos a merced de esta doble posibilidad ética del "bien" o del "mal": respeto o explotación, guerra o paz, abandono o solicitud. La función de las leyes humanas es apoyarnos en nuestra lucha contra la inclinación humana al mal. Pero seguimos internamente obsesionados con la ambivalencia o el antagonismo entre nuestra atención a los demás y la tendencia a satisfacer principalmente nuestras necesidades. Los grandes afectos intersubjetivos -culpa, ira, celos, afecto,

benevolencia, generosidad, deseo de reconocimiento- están todos atravesados por lo que Szondi llamó el "vector pulsional" de la ética [14, 4, 15].

Nuestra forma de ser con los otros no se basa únicamente en una dependencia desde el nacimiento, ni se limita a la relación de buen o mal trato, de violencia o de respeto que, para bien o para mal, estructuran todo nuestro desarrollo. Nuestro modo de ser con el otro también está atravesado por el deseo, por la sexuación y, con ello, por una nueva incompletud y un nuevo deseo de vínculos de apego. Como seres humanos, nos enfrentamos una vez más ante una desconcertante falta de determinación; vivimos en más o menos fuerte consonancia o disonancia con la sexuación que nos ofrece nuestro organismo, y en lo que se refiere al deseo sexual, puede adoptar formas de una desconcertante diversidad.

Naturalmente, las reglas morales están ahí para poner límites: "Lo que un hombre puede mostrar en materia de sentimientos eróticos, y lo que debe ocultar, varía según la raza, el lugar y el tiempo. Es "el aspecto inmoral de la moral". [16, pág. 211]. En el plano clínico nos enfrentamos a fenómenos de transgresión de los límites socialmente fijados (especialmente entre las víctimas de abuso), con dolorosos conflictos internos. Tales conflictos pueden estar en relación con la propia identidad o la propia orientación sexual, con todos los destinos, contradicciones o callejones sin salida que suelen marcar la vida erótica.

Finalmente, y nos detendremos en este último tramo, somos seres vivos para los que el ser-yo no es nada evidente. Tenemos una identidad de geometría variable. Ciertamente tenemos una preidentidad, que se concreta espontáneamente a través de nuestra integración biológica, en nuestras operaciones vitales básicas, que son operaciones que implican estar en relación e intercambiar con nuestro mundo circundante [7, 17]. Nuestra situación inaugural no es la del *ser-individuo*, sino la del *ser-con*, donde nuestra apertura al mundo y al otro es desde el principio una situación de "*vivir sim-paticamente*", como dice Straus: "vivir" donde lo que sentimos está íntimamente atravesado por la forma en que el otro siente y se mueve frente a nosotros.

¿Dónde termina el "yo" y dónde comienza "el otro"? La cuestión probablemente se resuelve y deja de existir solo con la muerte. Nuestro ser se constituye tanto de algo "dado" que nos corresponde asumir -datos de vida, situaciones que determinan etnia, cultura o pertenencia cultural, sexo, linaje, contexto socio-histórico- como de todas las elecciones que hacemos y que contribuyen a hacernos lo que somos: elección de identificarse con tal o cual figura que admiramos, elección de unir nuestra vida a tal o cual persona, elección de ejercer tal o cual profesión, tal o cual función que forjará nuestra identidad en el campo social.

El yo humano, diríamos, es una "obra" elaborada en base a una donación inicial que suele ser bastante coherente. Pero como tal, el yo también se presta a sufrir convulsiones y fracturas. Podemos sentirnos "acabados" con motivo de un evento que nos pone en total contradicción con la persona que queríamos ser. Como un yo históricamente constituido, podemos ser "astillados, rotos".

También se puede, de manera más elemental, dejar de "constituirse en un yo coherente" y ser consignado a otra forma de existencia, la mayoría de las veces muy dolorosa, donde conviven más o menos armónicamente y muchas veces partes de sí mismos en

conflicto. La clínica de la psicosis es la que más nos expone directamente a este desafío específicamente humano de ser uno mismo.

Nos limitaremos a estos pocos indicios sobre el entrelazamiento de nuestra condición humana y nuestra vulnerabilidad frente a la enfermedad psiquiátrica. Sobre todo, queremos enfatizar el hecho de que la forma en que entendemos la psicopatología, como tal y en sus diferenciaciones internas, juega un papel decisivo en cómo nos encontramos y trabajamos con el paciente y cómo enseñamos a hacerlo [18, 19]. Como afirma Minkowski, "... la teoría y la práctica siguen el mismo camino al mismo tiempo". El autor ilustra esta estrecha alianza entre teoría y práctica recordando cómo, en la evolución de las ideas en psicopatología, la irrupción de la noción de esquizofrenia ha transformado el tratamiento de quienes, previamente diagnosticados de "demencia precoz", eran considerados básicamente como "desechos humanos".

“Esto es más que cambiar la terminología. Enfocada en una perturbación de las interacciones con la vida que nos rodea, esta noción produce per se, con su orientación, casi automáticamente, un cambio en nuestra actitud hacia estos pacientes, así como una consecuente transformación de la vida en las instituciones psiquiátricas.” [18, págs. 104-105]

¿A qué psicopatología elegimos entonces referirnos para el tratamiento?

3. ¿Una psicopatología propicia para la actividad terapéutica?

El proceso de tratamiento requiere que se practique una psicopatología que no sea sólo un catálogo de dolencias, sino un verdadero conocimiento de las pruebas humanas (psycho-patho-logos), en sus peligros y sufrimientos, aunque también en su humanidad y en su creatividad [15].

La psicopatología merece, en efecto, ser afrontada como un campo de conocimiento abierto, en proceso, sujeta a la historia como el ser humano con el que trata, donde cada nuevo paciente podría tener algo que enseñarnos. En este sentido sólo podemos suscribir lo que Minkowski [18, p. 32] ha defendido como "psicopatología a dos voces":

“En la pareja médico-paciente, si por un lado buscamos lo que aún está vivo en el paciente, por otro lado, y conjuntamente, nos involucramos con toda nuestra persona, conformada por nuestro conocimiento, nuestra experiencia, nuestra *formación*, más también lo que 'sentimos'. La psicopatología que trazamos es una *psicopatología* en dos partes: *procede del encuentro humano*”.

Para pensar y tratar la enfermedad mental, también es necesario moverse en una perspectiva de complejidad que articule las lógicas heterogéneas de las disciplinas esenciales para la cura (biológica, psicológica, médica, de enfermería, social, etc.), al mismo tiempo que promueva la colaboración entre ellas.

Del mismo modo, debemos estar constantemente atentos tanto a la dialéctica que articula la perspectiva psicopatológica centrada en el individuo enfermo, como al contexto

de estas relaciones humanas primarias y fundamentales, de las que nos habla Minkowski: *"Lo 'psíquico' encuentra su base no sólo en las relaciones órgano-psíquico, sino también en las relaciones interhumanas primitivas y fundamentales"* [18, p. 29-30]. En primer lugar, porque es esencialmente de las dimensiones dialéctica y relacional de las que nos ocupamos, como comentaremos más adelante. En segundo lugar, porque son estas mismas dimensiones las que a menudo contribuyen a enfermar a las personas. Como se mencionó anteriormente, la psiquiatría es muy sensible a la cuestión del *buen o mal trato*. Una persona puede enfermar en un contexto exasperante o abusivo, ya sea a nivel familiar, profesional o político. Y esta patología contextual merece ser identificada con el mismo rigor que la psicopatología individual que el paciente pueda haber desarrollado [20]. Esto quiere decir también que el compromiso de curar a los enfermos mentales no pasa sin exponernos a lo que, en nuestras sociedades, hiere y altera al prójimo, y por tanto no deja de tener una cierto requerimiento a la hora de posicionarnos, desde un punto de vista ético, respecto del contexto sociopolítico en el que ejercemos nuestra profesión [11].

En esta primera parte nos interesa la cuestión del estatus de la "enfermedad" psiquiátrica y el conocimiento sobre ella. Ahora nos gustaría detenernos en la cuestión de la terapia: ¿qué es? ¿Qué busca? A veces los pacientes nos preguntan durante las primeras sesiones: ¿qué es la terapia? ¿Cómo va avanzando? ¿Cuánto dura? Son preguntas legítimas, de difícil respuesta, porque cada terapia es un movimiento diferente, que se va gestando en el camino y que sólo puede comprenderse verdaderamente a través del proceso que se desarrolla. Sin embargo, intentaremos identificar algunas características.

4. La terapia, un movimiento de encuentro, de camino común.

La terapia nos parece definible como un movimiento de encuentro, de camino común y de intercambio, donde el terapeuta pone sus conocimientos teóricos, su saber hacer y su presencia al servicio de la persona tratada, para que tienda a sentirse mejor consigo misma, con los demás y en el mundo.

Nos parece que lo que básicamente permite que la terapia funcione es de naturaleza intersubjetiva. El aprendizaje de técnicas y conocimientos teóricos es sin duda fundamental para evolucionar en el difícil mundo del sufrimiento psíquico, pero estas técnicas y teorías son en sí mismas modulaciones de la intersubjetividad, no medios que puedan actuar independientemente de los elementos relacionales. Como comenta Binswanger [21, p. 121]:

“En cualquier forma de psicoterapia médica, dos seres humanos se enfrentan, dos seres humanos, en un modo u otro, 'se relacionan entre sí en mutua dependencia', 'se explican el uno con el otro'. La psicoterapia no crea nuevas fuerzas, ni tampoco la medicina somática; sólo puede aislar, concentrar y dirigir las "fuerzas" que reinan en el *kosmos* [...] del ser humano con y para los demás. [...] La psicoterapia sólo puede funcionar porque representa una cierta parte del campo de acción que los hombres, en todas partes y siempre, ejercen unos sobre otros”.

Reunirse, encontrar un terreno común, estar presente es, por lo tanto, la práctica fundamental de nuestra profesión. Esta práctica se revela, en cierto sentido, paradójica porque encuentra su razón de ser precisamente donde la posibilidad de estar con el otro es

experimentada como peligrosa por los pacientes que encontramos. Entramos realmente en el campo de la psiquiatría cuando experimentamos lo *extraño*, lo *desconcertante*; es la experiencia de una fractura o una interrupción en la posibilidad de estar de acuerdo. Como escribe Straus en *Psychiatrie und Philosophie* [22, p. 941]:

"El criterio práctico de discernimiento entre sanos y enfermos mentales es lo extraño o lo desconcertante (*das Befremdliche*). El psiquiatra (el alienista) - pero no sólo él- interpreta la conducta extraña o desconcertante (alienación) como manifestación de una enfermedad. Pero queda que: "... el fracaso de la comprensión mutua sigue siendo una experiencia primaria en el mundo de la vida".

Minkowski describe aún más explícitamente esta *suspensión del ser* en la que nos deja el fenómeno de la locura [18, p. 70]:

"Puede que hayamos sido psiquiatras durante años, pero a veces nos quedamos atascados ante las manifestaciones de locura. Un velo de ignorancia, de misterio las envuelve. No es que se nos escape su causa. En efecto, podemos decir que buscar la causa, clasificar es una actividad en la que sobresalimos pero que tal vez sirva para ahuyentar la profunda perturbación que nos habita. Es por su propia naturaleza que estos caracteres emergen. Estamos profundamente preocupados. Estamos en presencia de la locura".

Las personas con trastornos mentales a menudo se sienten disfuncionales, inadaptadas, "fuera de la sociedad"; fueron estigmatizados regularmente en su comunidad. Tienden a aislarse y han perdido la convicción de que les puede pasar algo beneficioso, especialmente en las relaciones con los demás. La acogida es pues per se un arte que puede requerir un largo y paciente trabajo, antes de que sea posible encontrar una apertura que les dé seguridad, que les permita empezar a compartir su mundo íntimo.

En este sentido, vemos que lo más complejo y difícil que está en juego es el desafío más radical de la formación en psicoterapia. ¿Qué necesitan los formandos y cómo podemos intervenir los formadores para llevarlos a adquirir una actitud de acogida, inteligencia y paciencia tan necesaria para trabajar con esto 'desconcertante' que les deja -que nos deja a todos- tantas veces confundidos e impotentes?

El encuentro y la conexión necesaria, que son la base de la psicoterapia, ciertamente no excluyen la asimetría de la relación que allí se forma. El modo de compromiso ya es diferente; incluso co-involucrado, el terapeuta no experimenta el mismo desafío existencial que el paciente, que lucha más o menos radicalmente por su propia supervivencia.

Le corresponde entonces al terapeuta estar tanto en la relación con su paciente como con el exterior, en diálogo interno consigo mismo (y con sus colegas, sus "maestros", con sus formadores). Debe evaluar la situación psicopatológica, sus vínculos con el contexto, considerar todo el proceso en su dinámica y objetivos y, al mismo tiempo, sentir y pensar lo que ocurre en la relación misma.

La responsabilidad de conducir la terapia es del terapeuta. No se trata tanto de "guiar" el movimiento -que amerita ser tratado como un co-movimiento, en cuanto tal no planificable- como de garantizar las condiciones que permitan ese movimiento, en términos de organización, reglas de conducta, funcionamiento y seguridad. La terapia implica, por tanto, un ritmo de acompañamiento, que va desde la atención continua, en un ámbito hospitalario o institucional, hasta una sucesión de sesiones en las que, para el paciente, se alternan el estar solo y el estar acompañado. Entonces, presupone la implementación de un dispositivo de tratamiento: un solo terapeuta, un equipo multidisciplinario, un trabajo en red [11, 6]. Cuanto más limitada esté la persona en su capacidad de darse prisa en la vida, más importante será el dispositivo de contención. La noción de dispositivo recuerda las reflexiones de Foucault y Agamben. Foucault, que se ocupó de las cuestiones del poder en los sistemas sociales, lo presenta como una red de elementos: "... un todo heterogéneo, que incluye [...] lo dicho y lo no dicho". [23, pág. 299]. Para Agamben [24], el dispositivo resguarda a diversas prácticas de la vida cotidiana así como al conocimiento [...], instituciones cuyo objeto es dirigir, gobernar, controlar y orientar, en un sentido útil, los gestos, acciones y pensamientos de los hombres. Para nosotros, pensar la terapia como dispositivo, a la luz de estos dos autores, nos empuja a estar particularmente atentos a los riesgos del ejercicio de nuestro mandato como terapeutas sin pensar en los posibles daños a nuestra labor de terapeutas.

A veces es costumbre limitar la psicoterapia "estrictamente hablando" a organizar sesiones en una consulta, con un terapeuta designado, de manera regular. Esta es, en nuestra opinión, una forma administrativa de tratar la cuestión de qué es "psicoterapéutico", que no hace justicia al fenómeno. Lo que es terapéutico probablemente no sea decisión de los terapeutas. Es psicoterapéutico, en un sentido etimológico, lo que cura psicológicamente, y esto es en parte no objetivable. La terapia "sucede" y no es programable y tiene lugar (o no) en el espacio relacional intersubjetivo entre el terapeuta y los pacientes. De modo análogo, el aprendizaje de los alumnos de nuestras escuelas se produce, como veremos, en el espacio relacional e intersubjetivo entre el formador y los alumnos, y en la relación de los alumnos entre sí.

El dispositivo de terapia varía según lo que se necesite tratar. Un trastorno de ansiedad se puede tratar en un espacio de consulta. Será más difícil tratar un trastorno del estado de ánimo severo (con o sin adicción), porque al paciente le costará estar ahí y estar ahí en el momento adecuado. Y será aún más difícil tratar una psicosis en el contexto de la práctica privada: la persona primero debe sentirse mal y sobre todo creer que alguien puede ayudarlo, lo que muchas veces no sucede con este tipo de trastornos. Para no abandonar a la mayoría de las personas a las que va destinada, es decir, aquellas que padecen una forma de malestar psíquico poco accesible, la psicoterapia debe, por tanto, desarrollarse en el campo en el que se mueven los propios pacientes: a veces en sus casas, a veces en prisiones, a veces en la calle, en hospitales, en instituciones, por médicos tratantes. No debemos descalificar como "sólo terapia de apoyo" toda la práctica terapéutica dedicada al cuidado de base de una existencia que sufre: esta base consiste en la "simple" posibilidad de estar en contacto, de mantenerse vivo, de vivir con los demás sin violencia. Todo el trabajo de acogida y contención que merece ser realizado en este nivel, en lugares distintos a la práctica en el consultorio del terapeuta, es en sí mismo el trabajo fundamental de la terapia [24]. Es un trabajo del que a veces podemos abstenernos porque las personas no están o están levemente

heridas en esta dimensión fundamental de la existencia; en estos casos podemos ponernos inmediatamente a trabajar en el contenido de su historia y sus objetivos. Pero sería injusto limitar el campo de la psicoterapia a la práctica dedicada a pacientes menos enfermos o menos comprometidos existencialmente.

Cabe señalar, sin embargo, que, en los cursos de formación que conocemos, muy a menudo se trata de aprender el llamado manejo clásico de la terapia, en la oficina, con entrevistas periódicas. Creemos que la actitud clásica no siempre presenta estas características de flexibilidad que acabamos de fomentar.

El dispositivo terapéutico se elige de acuerdo a lo que conviene tratar, decidiendo también quién solicita participar en la terapia (pensando sobre todo en los familiares pero también en los colegas). La cuestión decisiva, respecto a este propósito, no es tanto saber quién pudo ser o haber sido patógeno o "culpable", como de colaborar con quién puede constituir un recurso activo y cooperador en el tratamiento. A veces, la única vía de acceso a la terapia está representada por los propios miembros de la familia, preocupados por su hijo o padre (que, aunque esté sufriendo, no se siente enfermo o, en cualquier caso, no quiere ver un terapeuta). En estas situaciones, la familia realmente puede facilitar el acceso del paciente al tratamiento [25]. Por tanto, es importante que el terapeuta sepa adaptarse a este camino, ya sea que trabaje solo con la familia, que trata de cuidar al paciente, o que, gracias a ella, vaya encontrando progresivamente acceso al propio paciente.

Siempre que el paciente se vea amenazado en su vida, ya sea que tenga ideación suicida o presente conductas que pongan en peligro su vida (conductas de riesgo, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, etc.), es fundamental, tarde o temprano, colaborar con la red de apego "natural" del paciente, tanto para activar vínculos que el paciente ya no siente vivos, como para proteger a eventuales hijos (aquellos que más que nadie padecen estas conductas autodestructivas), como para tratar de descifrar las dinámicas -a veces transgeneracionales - que son portadoras de destructividad y merecen ser transformadas.

En cuanto al camino de la terapia en sí y la transformación que se requiere para llevar a cabo, identificaremos algunas dimensiones.

El primer vector de cambio que nos gustaría subrayar está conectado a un elemento inmanente al propio vínculo terapéutico y consiste en la experiencia del paciente de sentirse escuchado, "alcanzado en sus pensamientos y emociones", respetado en las manifestaciones de su existencia incluso en aquellos aspectos en los que puede sentirse más disfuncional, bizarro, apartado, incluso inhumano. Esto es lo que llamamos, siguiendo a J. Schotte y Winnicott, la dimensión de sostén de la terapia [26, 27]. La experiencia que puede tener un paciente al sentirse incluido en un vínculo de benevolente solicitud le permite reconciliarse gradualmente consigo mismo. Cuando el paciente, a través de la alianza terapéutica con el sistema de terapia, alcanza un sentimiento de pertenencia, puede entonces reconciliarse con lo humano como tal. El vínculo terapéutico es en este sentido el centro de un renovado acceso a uno mismo y al mundo. A través de este vínculo se inicia un renovado equilibrio entre las dos grandes "fuerzas existenciales", que son la confianza y la angustia, prevaleciendo esta última de manera invasiva y paralizante en el sufrimiento psíquico [28].

El camino terapéutico generalmente ayuda a desarrollar cierta comprensión de "cómo llegué aquí". Se trata de explicar los síntomas a menudo vividos como aberrantes, como "patológicos" en el sentido de anormales, aclarándolos a la luz de un contexto y de una historia.

De cualquier modo, en nuestras formaciones, el ayudar a comprender a menudo se reduce a proporcionar explicaciones psicopatológicas más académicas. Se aprende a hacer hipótesis basadas en la orientación teórica seguida por cada escuela singular. El resultado es una comprensión cognitiva, objetivante, en tercera persona. La comprensión que sugerimos enseñar sería más de orden relacional, basada en lo que mencionamos anteriormente: en compartir una humanidad común que regularmente nos confronta con los mismos riesgos existenciales. *Entiendo por lo que estás pasando porque, como dice Kierkegaard, a mí también me puede pasar.*

En este sentido, a menudo es ventajoso resaltar las grandes cuestiones existenciales con las que el paciente se explica y que de diversas maneras atormentan su vida cotidiana, afectando a veces también a la relación terapéutica. Puede ser la cuestión del apego fundamental al mundo y al otro, con un miedo sordo al abandono, el problema del daño infligido, de la culpa o del reconocimiento, de una intensa sensibilidad a la vulnerabilidad corporal que nos acerca a la observación de nuestra mortalidad [29, 30]. Abrir la perspectiva de lectura de los síntomas a las cuestiones existenciales que los subyacen modera su desesperado absurdo. Al mismo tiempo, esta lectura permite nuevos espacios de libertad: una nueva atribución de sentido permite al paciente conectarse con el resto de la humanidad, que comparte preocupaciones similares con él.

El movimiento terapéutico trabaja precisamente para abrir este nuevo espacio de libertad y en particular la libertad de elección. La enfermedad mental a menudo implica un patrón de repetición constrictivo: *Siempre experimento y/o hago algo que está mal conmigo, que me duele una y otra vez, sin poder evitar vivirlo y/o hacerlo.* Si la terapia ayuda a arrojar luz sobre el significado del síntoma, algo de su "buena razón" de ser, naturalmente también trata de encontrar alternativas. Para ilustrarlo muy brevemente: si bebo o tengo migraña cada vez que mi pareja me molesta mucho, ¿cómo puedo tratar de sobrellevar de modo diverso esta difícil confrontación? ¿Con qué riesgo, qué ganancia?

Experimentar un nuevo espacio de libertad implica una nueva forma de "tomar forma" en el mundo, de posicionarse también con el propio cuerpo, con los otros y frente a las tareas de la vida. Las sesiones clásicas de terapia basadas en la palabra también pueden hacer uso de otros enfoques más centrados en el cuerpo o la acción. La ergoterapia suele ser útil en este sentido y, en algunos casos, incluso esencial. Incluso en el entrenamiento hay sesiones que utilizan métodos metafóricos corporales que realmente permiten a los estudiantes dar saltos cualitativos, cognitivos y emocionales significativos.

Una vez iniciado el encuentro y la relación terapéutica, una vez puesto de manifiesto la prueba, el *pathos*, que pesa sobre el paciente, ¿qué camino tomar? ¿Cómo asegurar un proceso que, en el mejor de los casos, resulte terapéutico?

5. ¿Cómo orientar la terapia? ¿Hacia qué "bien"?

A menudo, los jóvenes terapeutas en formación piden aprender técnicas, adquirir herramientas para estructurar el encuentro potencialmente angustioso del sufrimiento. Preguntan *qué hacer* en lugar de *qué pensar*, *cómo dibujar una ruta*, *cómo negociar un destino* para el viaje "incierto" que están haciendo juntos. La formación debe ayudar a los estudiantes a plantearse la pregunta de cómo orientar el proceso terapéutico: ¿qué dirección seguir? ¿Hacia cuál "bien o mejor"?

Leyendo los manuales diagnósticos de referencia (DSM, ICD), se podría pensar que se trata de reducir o eliminar los síntomas para salir de la patología (que, en este contexto, se define sobre todo por la sumatoria de síntomas morbosos o incapacidades encontradas). Sin embargo, la clínica se resiste en gran medida a este modelo. Minkowski escribe al respecto:

"De una manera un tanto paradójal, a veces nos decimos a nosotros mismos que removiendo cuidadosamente todos los rasgos 'patológicos', uno por uno, no nos lleva a la imagen de algo 'psicológico' normal, porque, a decir verdad, siguiendo una resta sistemática y artificial de este orden, nada queda en absoluto, nada más que el vacío y la nada". [18, pág. 64]

Los síntomas no son solo aberraciones que se pueden extirpar como se extirpa un tumor del cuerpo. Muy a menudo tienen una función adaptativa o una "razón de ser" que, para evitar causar daño al paciente, debemos, al menos en parte, comprender antes de intentar eliminarlos. Muchos trastornos psiquiátricos son en sí mismos un intento de remediar una prueba experimentada por el sujeto, incluso si ese intento en sí mismo no está exento de sufrimiento o daño; pensamos en adicciones, trastornos alimentarios, síntomas disociativos, compulsivos, etc. Por lo tanto, la supresión de los síntomas no puede ser el objetivo principal de la terapia, incluso si se espera legítimamente que el tratamiento también tenga un efecto transformador progresivo sobre los síntomas.

Aliviar o contener el sufrimiento, como afirma el Juramento Hipocrático, es probablemente ya un objetivo más respetuoso. En todo caso, requiere que le demos la palabra al paciente, el único que puede hablarnos de este padecimiento que no necesariamente coincide con los síntomas que presenta. Este objetivo se puede lograr por varios medios: con tratamientos farmacológicos (sin duda los más rápidos), con medios psicosociales (hospitalización, intervenciones cercanas, protección de contextos nocivos, etc.), con técnicas corporales, y finalmente con medios psicoterapéuticos. Pero sabemos que la psicoterapia ciertamente puede aliviar el sufrimiento, aunque también puede conducir a momentos de sufrimiento más intenso. En algún momento de la terapia tendrá que surgir una meta positiva, distinta a la de "sufrir menos", para dar impulso e ímpetu vivo al movimiento de sanación.

Una posibilidad, en nuestra opinión éticamente cuestionable, es dejar al paciente enteramente responsable de definir su objetivo terapéutico. Esto a veces puede ofender nuestra conciencia, como cuando un paciente se preocupa sólo por su propio desarrollo personal, a expensas de sus responsabilidades hacia sus personas cercanas [31]. Además, cuanto más enfermo esté el paciente, más difícil le resultará desplegar frente a él un horizonte de futuro deseable. Por otra parte, no sería correcto que el terapeuta decidiera por sí mismo la meta a alcanzar, según un patrón de salud o bienestar que, por su relatividad, corre el riesgo

de portar su parte de inmoralidad. Por ejemplo, podría ser inmoral apoyar la realización personal de un padre a expensas de la atención que debe a sus hijos. Podría ser una forma de "falta de ética" imponer una meta que no es compartida o compartible por el paciente. Como puede verse, la reflexión ética en terapia implica siempre la tarea de deliberar del conflicto entre valores opuestos.

La enfermedad, como sabemos, se define etimológicamente como un "mal", como un *malum*. Y en el lenguaje cotidiano, no dudamos en decir que estamos "enfermos" y nos gustaría sentirnos "mejor". ¿Qué implica esta ética clínica básica, a la vez obvia y enigmática? ¿Cómo definimos el bienestar que buscamos cuando trabajamos como terapeutas?

La terapia, que trabaja sobre el malestar y tiene como objetivo el *estar bien*, está ciertamente comprometida con la dimensión de la *existencia*. En el campo de la existencia humana existe un "ser cada vez mío" [9], recibido y llevado por un yo singular. En este sentido es importante que el terapeuta apoye al paciente con respecto a sus *propias posibilidades de realización*, en su *presencia* a otros, al mundo circundante, a sí mismo. En otras palabras, se trata de apoyar al paciente en el movimiento encaminado a encontrar *su propio lugar, singular y único, en el mundo y con los otros*.

Sabemos que con algunos pacientes el "estar con los demás" puede verse severamente limitado; nuestro papel como terapeutas es pues sostener, a pesar de todo, el movimiento que es tan difícil y peligroso para ellos que les lleva a poder confrontarse con la humanidad circundante. Para otros, es la presencia de uno mismo lo que será importante apoyar, tan generalizada es la tendencia a la adicción, a tener que buscar guardianes *suplementarios* para sostenerse o a consumirse en actividades o en relaciones en las que uno mismo está anulado y desaparece.

En todos los casos, es importante apuntar a las mejores posibilidades de realización del paciente y, por lo tanto, antes que nada explorarlas con él. A menudo, el paciente no puede verlos mientras esté abrumado por la enfermedad, el sufrimiento o la desesperación. En este sentido, el cuadro clínico puede ser abordado como una "trabajo" que nos brinda pistas sobre "quién" es el paciente, cómo experimenta su propia identidad, su propia existencia. La transformación a realizar para un mejor bienestar es a menudo una transformación que comienza y toma forma propia en el mismo lugar de sus manifestaciones sintomáticas.

Durante un parto traumático, una joven terapeuta gritó de dolor durante horas sin ayuda y luego, las noches siguientes, le dijeron que cuidara a su recién nacido sin parar, y todo esto a pesar de su cansancio. La joven profesionalmente concienzuda admite que se sintió abrumada por la necesidad de tirar a su bebé por la ventana. Lo cuenta en terapia con un dolor agudo que verdaderamente está al límite de lo soportable. Ha desarrollado una forma de apego seguro con su hijo, ciertamente reforzada por esta *experiencia pática* inicial y por todos los sentimientos de culpa que le siguieron. En los meses siguientes, a medida que se recuperaba y lograba forjar ese vínculo más comprometido con su hijo, nació en ella el deseo de dedicarse a la atención de las jóvenes en el parto y la prevención de trastornos posparto. Es cuando ha encontrado la manera de afrontar con dignidad esta prueba, a través del cuidado y el compromiso con

otras madres, que pueden recuperarse; la culpa se convierte entonces en la responsabilidad asumida con sus pares.

Un paciente drogadicto encuentra tan difícil sólo "estar ahí" y sigue fumando marihuana para hacer su vida más llevadera. Pero eligió cultivar su pasión por la música y tocar un instrumento. A través de la música hizo más vivible su contacto con el mundo que le rodeaba, del que se sentía amenazado y al que era tan sensible. También aquí nos parece importante recurrir a una psicopatología que, en la línea de Bleuler [32], Minkowski, Szondi [16, 4], sea capaz de descifrar las dimensiones existenciales que están en la base de las alteraciones psiquiátricas, pero también tener en cuenta y alimentar las fuerzas vivas de una transformación hacia una mejoría o, a veces, incluso hacia una forma de curación.

El desarrollo de una meta terapéutica, hemos dicho, se refiere a nuestro horizonte de comprensión de lo que significa "sentirse suficientemente bien". Este entendimiento tácito merece ser discutido y debatido tanto en el entrenamiento como en la clínica. El tema amerita ser discutido entre el terapeuta y el paciente, a veces incluso en una forma o entorno más amplio. Por ejemplo, los niños a cargo de nuestro paciente merecen ser escuchados sobre su "bienestar" y el de los padres. En efecto, se han implicado sin saberlo, y a veces profundamente, involucrados en la enfermedad, con todas las repercusiones en el estilo educativo, en estos casos a menudo carente. También los cónyuges, padres y hermanos pueden merecer ser escuchados, tanto más cuando no pocas veces son ellos los que se comprometen a garantizar que la terapia se lleve a cabo [25]. Son aquellos que desean fuertemente que nuestro paciente viva cuando está abrumado por pensamientos suicidas. Siguen siendo los que podríamos necesitar para movilizar un deseo razonable de vivir en nuestro paciente gravemente deprimido. Es importante que lo ayuden a construir un futuro en el que temporalmente no puede más proyectarse a sí mismo. A veces son los miembros de la red social o profesional a los que tenemos que solicitar, si tienen un papel significativo para él. Porque, como escribe Minkowski [18, p. 170-171], "... si corresponde pedir al individuo que se 'adapte a la realidad', nos corresponde a nosotros ofrecerle esa realidad en una forma que para él le resulte más fácil de asimilar".

Una palabra más sobre aquellas situaciones clínicas en las que no se produce una forma de curación, pero en las que es difícil imaginar una interrupción de la terapia sin poner en peligro la seguridad del paciente. Estas situaciones nos obligan, una vez más, a pensar qué es realmente la "terapia". En su origen, *therapeuein* significa: servir a los dioses. En nuestro campo profesional, ¿se trata principalmente de "servir", no de curar? ¿Estar al servicio de las personas, en su vulnerable dignidad? ¿Sin pretender necesariamente que sea diferente de aquello que es?

Muchos pacientes afirman, y tienen la prueba, que estas terapias para pacientes, incluso sin que nada parezca cambiar, son beneficiosas y necesarias para ellos. Pero a menudo nos encontramos con terapeutas -y aún más responsables del sistema sanitario- que pueden poner en duda la legitimidad de las terapias que no conducen a mejoras significativas. La cuestión decisiva sigue siendo, sin duda, saber si los pacientes en cuestión pueden interrumpir los tratamientos psicoterapéuticos sin perder su dignidad humana, sin amenazar al mismo tiempo su pertenencia viva al mundo humano.

La cuestión de para qué sirve la terapia se nos aparece como una cuestión eminentemente filosófica inherente a la propia clínica. Implica un sentido de lo que significa "*estar suficientemente bien*". Debemos mantener abierta esta pregunta entre profesionales y en formación, en diálogo con nuestros pacientes y sus familias, en nuestro contexto sociopolítico, en fin, donde se determinan nuestros mandatos y sus límites.

II. Formación

¿Cómo configurar una formación que se ajuste a los presupuestos del "arte" psicoterapéutico, al menos de aquellos de los que hemos esbozado algunos rasgos en la primera parte? El futuro terapeuta está llamado a adaptarse a la singularidad de la persona tratada y a movilizar su propio estilo de conducción, intervención y compromiso personal. Aquí ya vemos la noción común de que la formación tiene como objetivo desarrollar las cualidades personales e individuales del terapeuta en formación para que aprenda a trabajar con un paciente singular. Sin embargo, hemos enfatizado por un lado que tenemos la base de nuestro común destino humano, que implica el aprendizaje de un *ser con*, de *estar juntos en el mundo* con sus reglas, sus leyes, sus valores. Por otro lado, también habíamos mencionado a Binswanger: dos seres humanos, de un modo u otro, "se relacionan entre sí en recíproca dependencia". Sobre esta constatación somos conducidos a pensar que la formación no es solo para un estudiante, sino también para el grupo de estudiantes en el que crece y evoluciona; para una comunidad de educandos, inmersos en una sociedad que los condiciona, por supuesto, pero que puede, en pequeña medida, también influir.

La formación supone la adquisición de un saber, de conocimientos de diversa índole, así como un conocimiento profundo del contexto sanitario, social y jurídico [11]. Se trata de habilidades de aprendizaje en la realización de evaluaciones y tratamientos. Pero la formación, como la psicoterapia, conserva como elemento decisivo algo que es del orden del encuentro y el evento que, en determinados momentos clave, ocurre allí. Esto nos remite a la cualidad de la presencia del formador, así como del terapeuta, en lo que se denomina la dimensión de las habilidades interpersonales, del *saber-ser*.

La formación supone, por tanto, el desarrollo de una tríada de "conocimientos" distintos: conocimiento teórico, conocimiento práctico (adquisición de competencias específicas), *saber ser* consigo mismo y con los demás.

1. Saber, saber hacer, saber ser

Los conocimientos teóricos

¿Cómo ofrecer a los estudiantes un marco teórico vivo, en continua evolución, que pueda ser cuestionado constructivamente y evolucionar también teniendo en cuenta, de forma crítica, la evolución actual del pensamiento en las ciencias humanas y sociales y en la investigación biomédica? La intención no es promover la adhesión a una forma de pensamiento rígida y fija; más bien se trata de introducirlos en un pensamiento crítico que permita el diálogo entre ciencias heterogéneas: biológicas, psico(pato)lógicas, sociales, pero también entre estudios filosóficos y antropológicos, especialmente en relación con las familias y las comunidades.

El conocimiento procedimental

El objetivo de la formación es entonces enseñar los métodos prácticos que permitan la valoración de situaciones de sufrimiento psíquico, la indicación del tratamiento y la aplicación de modelos de intervención y terapia. Es a través de nuestro *saber hacer* que ayudamos concretamente a nuestros pacientes a integrar el sufrimiento en su historia de vida.

La formación tiene como objetivo, por tanto, aclarar las reglas que la práctica permite integrar. El estudiante aprende, en sus actividades terapéuticas, a realizar el gesto oportuno, a pronunciar la palabra adecuada. Pero la adecuación del gesto y del discurso no deriva sólo de la técnica que, enseñada a los alumnos, se aplicaría luego automáticamente. El gesto y la palabra adecuados derivan de la integración de capacidades aprendidas en lo más profundo del ser humano. Es necesario formar terapeutas capaces de asumir, sobre la base de procedimientos y dispositivos probados, la responsabilidad de cuidar a las personas que sufren, de prevenir traumas, de generar confianza, de promover la dignidad humana.

Formación en saber-ser

El principal desafío en el campo de la formación es precisamente la profundización del saber ser con uno mismo y con los demás. Esta dimensión configura e integra nuestra forma de aprender, de dar sentido a los conocimientos teóricos y a las técnicas de intervención, de ejercer la profesión.

Aunque existe cierto consenso sobre los objetivos del aprendizaje de los fundamentos teóricos y las técnicas, la atención dedicada al *saber ser* sigue siendo más difícil de definir. Puede parecer difícil considerar, sin arriesgarse a entrar en paradojas, que pueda existir una pedagogía del *saber-ser*, en esta dimensión que es subjetiva, singular, llamada a la autenticidad.

Por lo general, esto se asocia con el ámbito de la interioridad, las emociones, la ética personal. La dimensión del ser, sin embargo, no puede reducirse sólo a la interioridad del sujeto; se despliega en el tejido complejo de los lazos que crea con los otros y con el mundo que circunda. Tocar la dimensión personal del terapeuta equivale a decir que se le invita a cuestionar los horizontes de su existencia, a modificar a veces su posicionamiento, a trabajar su modalidad de relacionarse con los otros.

En el sentido pedagógico más común, es el individuo quien debe aprender la teoría y las técnicas, quien luego debe profundizar en su propia dimensión del ser. Creemos, sin embargo, que el ejercicio de la intersubjetividad es constitutivo del aprendizaje de la profesión de terapeuta, no menos que la terapia misma. Esta intersubjetividad gira en torno a diferentes ámbitos: el vínculo que el terapeuta en formación establece con los pacientes durante su formación está radicado en los vínculos que lo ligan a los cuidadores de su propia historia; también tiene lugar en el espacio que el estudiante comparte con sus "maestros" y sus compañeros al interior de los grupos de formación en una especie de aprendizaje mimético, casi por ósmosis.

2. Aprender a través de pruebas - Pathei mathos

Nos hicimos la pregunta: ¿cómo hacer que los alumnos adquieran esta actitud de acogida, esta inteligencia y esta paciencia tan necesarias para trabajar con el desconcierto que les deja -que nos deja a todos- tantas veces desamparados?

En su ensayo *Der Mensch in der Psychiatrie*, Binswanger [2, tr.it. pags. 38] se refiere expresamente a la cuestión de la formación al comentar las palabras en el exergo de Kierkegaard:

"Más sabio que el loco, este médico es aquel médico, en tanto entiende con el autor por sabiduría el intento de razonamiento, es más necio cuanto que el autor entiende por necesidad la arrogante "falta de espíritu" o de reflexión, del que no ha aprendido que "no puede esperar absolutamente nada de la vida y que el lado terrible, el aniquilamiento, la perdición, habita con cada hombre de puerta en puerta", algo que los locos han aprendido de hecho y realmente "experimentado plenamente". Este tipo de simpatía y fineza espiritual se alcanza sólo a través del concepto central de la doctrina de Kierkegaard: "educación", "formación" y "transformación" en la escuela de la posibilidad entendida como "la más grave de todas las categorías".

La formación en psicoterapia tendría como fundamento esta iniciación viviente y pensante en la condición humana, su naturaleza "pática" fundamental, marcada por la posibilidad del horror, la perdición y el aniquilamiento [2, p. 14]. Recordemos aquí que lo pático marca también nuestra apertura, nuestra sensibilidad fundamental a lo que sucede en el encuentro.

Pathei mathos - "La prueba enseña" –Esquilo lo recita con toda la profunda sabiduría de su tiempo. Aunque para que esto suceda es sin duda necesario un contexto propicio para el aprendizaje, de lo contrario el riesgo es grande para quienes "atraviesan la prueba" de recurrir a la negación o a las diversas formas de extinción del sentimiento y del pensamiento.

Corresponde principalmente a las escuelas de formación, y a quienes enseñan, promover este contexto favorable, animando a los estudiantes a acoger sus propias heridas, incertidumbres, desánimos y dudas, o sus propias pruebas, en un contexto de consentimiento, benevolencia y comprensión. Comprensión y autoaceptación que también debe madurar a través de la experiencia de *psicoterapia personal* del estudiante, fomentada o considerada como un pre-requisito indispensable. Esto también sucede en el espacio del genograma, del que hablaremos, y en el contexto de la supervisión clínica con trabajo en grupo que cumple una importante función pedagógica en la formación.

La terapia personal del estudiante

La experiencia terapéutica personal no consiste tanto en experimentar las técnicas sobre uno mismo antes de aplicarlas a los demás -aunque esto siga siendo importante- como en trabajar esa transformación de la que habla Binswanger y que forma parte del "saber-ser". Pero, ¿de cuál transformación estamos hablando? Es importante ante todo que podamos reelaborar el camino de nuestra vida, tal como se intersecta con aquellos grandes protagonistas de nuestra historia, para retomar los momentos que son para nosotros los más dolorosos, inconfesables e incomprensibles. La psicoterapia personal del alumno aparece en este sentido como un componente esencial del camino formativo. Si ocurre en parte en un setting individual, merece, por razones que explicaremos más adelante, tener lugar también en un entorno grupal.

En la experiencia terapéutica (trans)formativa se trata de poder *acoger y pensar* las pruebas vividas - por uno mismo y por aquellos cuyas vidas están entrelazadas con la nuestra - y poder *tocar*, a través de estas pruebas, lo que constituye el trama singular que hace que nuestra condición humana sea tan única. Cuando decimos *tocar*, no nos limitamos a un proceso cognitivo de autoconocimiento. Se trata de una transformación significativa en el plano existencial que toca ciertamente el pensamiento pero también la dimensión emocional, la vida relacional, nuestra mirada sobre el mundo.

Descubrimos entonces algunos puentes entre nuestra propia historia y los conocimientos adquiridos en psicopatología. Debemos ser capaces de detenernos con seguridad y sin demasiada vergüenza en estos momentos -de los que solemos intentar salir lo antes posible- porque pueden informarnos sobre las condiciones que generan sufrimiento y enfermedad, aunque no las hayamos desarrollado como tal: los breves momentos de persecución, las fantasías criminales, los momentos de posesión, los pequeños momentos perversos. Los sueños también son instructivos a este respecto: nos iluminan sobre todo el potencial en nosotros al que no damos rienda suelta en nuestra vida de vigilia, pero que ayuda a dibujar la amplitud de nuestro horizonte interior, que es también nuestro horizonte de común humanidad. El alumno que sigue su propia terapia durante el tiempo de formación necesita el consentimiento acogedor y benévolo de su terapeuta y, en el caso de un trabajo en grupo, de sus compañeros, para poder responder a la llamada de este “aprender a través de las pruebas”.

Se trata también, en terapia personal, individual o de grupo, de vivir de forma viva y reflexiva *lo que cura*. De esto, todos tenemos una experiencia natural, incluso antes de ejercer una profesión de cuidado. Pudo haber sido el gesto de un hermano, en nuestra infancia, la palabra de un padre, el compromiso de un maestro. La profesión de cura tiene sus raíces en gran medida en la disposición humana general para cuidar a los otros [34], y esta disposición está profundamente arraigada en el saber ser del terapeuta y, por lo tanto, merece ser cultivada y meditada. En el contexto de la terapia personal, experimentamos profundamente la situación de ser pacientes: ¿cómo, en esta situación, necesitamos ser tratados, acogidos, comprendidos? Así como de niños aprendemos la práctica de la empatía recibida de nuestras figuras de crianza, en la profesión de cura aprendemos una parte esencial de nuestra actitud desde nuestra experiencia como pacientes atendidos por experimentados y valiosos terapeutas (y desde el espíritu que nuestros "maestros" hacen reinar en las escuelas de especialización). De esta forma el estudiante comprende, viviéndolo personalmente, lo que significa la dimensión de la “ética del cuidado”. En este sentido, el ejemplo es considerablemente más significativo que las palabras [35]. Si queremos terapeutas que puedan *tratar bien* a sus pacientes, éticamente, es fundamental que nuestros cursos de formación sean a su vez capaces de *tratar bien* a nuestros estudiantes.

La terapia personal, por otro lado, es en sí misma una experiencia de "curación" o al menos de tratamiento. En terapia, el estudiante puede cultivar la esperanza en el futuro, el deseo de cambio (de sí mismo, de ciertos vínculos, de tal o cual situación de vida). Pero también puede experimentar la dificultad de tales transformaciones, lo que constituye un aprendizaje esencial en la formación de un terapeuta. Es también allí, en carne propia, que experimentamos el carácter irremediabilmente vulnerable y limitado de nuestra condición

humana y, compartiendo solidariamente con nuestros formadores y nuestros alumnos, empezamos a vislumbrar otra finalidad para nuestro arte.

Experiencia terapéutica grupal; el genograma

El trabajo en grupo sobre uno mismo parece hacer una contribución verdaderamente particular en este sentido [25, 33]. A diferencia del setting individual que confronta al alumno "paciente" con su terapeuta, este es un espacio en el cual la persona en formación se sitúa como sujeto "paciente" entre los demás y está llamado a balancear los momentos en los que se concentra en sí mismo y en los cuales se concentra en los otros, casi como un "co-terapeuta" colaborando con los diferentes compañeros implicados. En este contexto, en el cual las vulnerabilidades y los recursos de las personas involucradas se cruzan tan íntimamente, la "curación" se vive de una manera muy concreta, no como *la supresión* del sufrimiento. - objetivo fundamentalmente irrazonable porque no es humano - sino como la experiencia de una prueba, atravesada con el apoyo de una relación comprometida y solidaria. Los valores comunes co-creados durante el curso de formación contribuyen a alimentar la conciencia ética, que sustenta de manera constitutiva el *saber ser consigo mismo y con los otros* del estudiante.

Volvamos entonces a nuestra pregunta: ¿qué espacio se debe dedicar al "saber ser" del terapeuta dentro del proceso formativo? O, reformulándolo de manera más radical, como hace Onnis en su comentario a Vannotti [36]: ¿Podemos enseñar la habilidad de ser un terapeuta? Insistimos en el rol integrador del saber ser, que se juega y cultiva en los diversos espacios de formación. Sin embargo, creemos que se transmite de forma muy privilegiada a través de la experiencia terapéutica en grupo.

En un gran número de escuelas sistémicas en Europa se le otorga un lugar significativo al genograma: un trabajo de autoconocimiento -pero no sólo, como ya hemos mencionado- colectivo e individual, de duración variable según las escuelas. El grupo de estudiantes se constituye como un grupo de reflexión e intercambio. A partir de una presentación de su genograma, a su vez, cada alumno del grupo se compromete a presentar su propia historia y la de su familia y reflexionar sobre los efectos que esta historia tiene en su forma de asumir el propio rol terapéutico. Creemos que el genograma permite favorecer de modo único y original el crecimiento personal del alumno y que debe ser fomentado y garantizado durante el proceso de formación. Esta atención específica a la formación personal del estudiante en cada etapa de su carrera es descrita y desarrollada por un gran número de trabajos y sugerimos a los lectores referirse a ella [25, 37].

3. El espacio de supervisión clínica en el curso formativo

Si, como pensamos, la terapia no puede ser "administrada", como otras formas de tratamiento en medicina, sino que requiere del *encuentro* y el *compartir* un camino de cura, la supervisión debe partir de la tarea de garantizar al terapeuta la adquisición de una cierta capacidad para *llegar* a su paciente. Llegar ciertamente no significa quedar atrapado en lo que Max Scheler llamó un "contagio emocional" [38]. Corresponde al terapeuta, como se comentó anteriormente, encontrar el justo equilibrio entre la reciprocidad en el encuentro interhumano y la asimetría de roles, entre la "participación" y la responsabilidad del proceso.

Queda el hecho de que si no se intenta llegar donde al paciente está, tratando de comprender (percibir y pensar en él) su "prueba", su pathos, el camino terapéutico tendrá pocas posibilidades de éxito.

En algunos casos nos resulta particularmente difícil "llegar" al otro; algo nos bloquea. Estamos delante de él, pero no podemos estar "con" él. Esto puede suceder frente a un padre que ha cometido violencia grave contra su hijo, un perpetrador de violencia sexual, una persona que sufre rituales compulsivos severos, una persona repetidamente víctima de diversas formas de abuso, un sujeto delirante. Cada uno de nosotros tiene sus bloqueos y resistencias recurrentes, como resultado de lo cual no podemos sentir el problema que aqueja al paciente como "también nuestro". Volviendo a Binswanger: "... La idea de la verdadera simpatía ya estaba expresada en el extraordinario discurso que el poeta Sófocles hace pronunciar a Ulises al dirigirse a Atenea: 'Aunque Ajax me odia, veo en él, en su delirio, también el mio, también mi destino' "[2, p. 15].

La guía del supervisor puede ayudarlo a dominar, a re-humanizar la prueba por la que el terapeuta debe pasar en la situación clínica encontrada. En el curso de formación con compañeros, el juego de roles, la propuesta simulada del supervisor invita al alumno a tomar el lugar del paciente, a experimentar en persona, por un breve momento, la posición existencial en la que el paciente está bloqueado. Tal experiencia a veces, sorprendentemente, favorece la comprensión; de pronto el estudiante "siente lo que es" ser un padre que golpea a su hijo o que desarrolla un delirio, etc. Pero para que esto suceda, la supervisión debe llevarse a cabo rigurosamente para garantizar la seguridad de los estudiantes. Cuando, definitivamente, un alumno no puede escuchar en absoluto lo que está pasando en la desesperación de su paciente, es mejor para él renunciar a su compromiso que dar la ilusión de poder tratarlo cuando la terapia simplemente no es posible en virtud de la ceguera y de la sordera, en esa coyuntura del estudiante mismo.

La supervisión está llamada a acompañar el proceso terapéutico, que es siempre un movimiento realizado de modo concertado, un co-viaje, donde terapeuta y paciente no viven ni hacen la misma cosa, aunque indudablemente están llamados a unirse en una alianza de trabajo, a caminar juntos, aún sabiendo que tendrán que separarse. Tal proceso no puede ser decidido de antemano ni por el terapeuta ni por el propio paciente; nosotros mismos somos parte del movimiento que allí ocurre (o que a veces no ocurre). El joven terapeuta merece por tanto un acompañamiento personal apoyado por los supervisores y los compañeros de su grupo.

Así como una de los mejores modos de aprender el oficio es poder asistir a las terapias de un formador experto e ir participando gradualmente en la acción terapéutica, es fundamental que el alumno, que comienza a tener sus primeras experiencias, puede compartir sus dudas, sus propias incertidumbres y dificultades con un supervisor que no solo está para enseñarle cuál sería la forma correcta de hacerlo, sino que, al mismo tiempo que lo ayuda a aprender el oficio, lo apoya en su estilo terapéutico emergente. Corresponde pues al supervisor prestar atención a lo que *sufre* el alumno -a veces sólo sintiéndolo confusamente- *en la gestión del camino terapéutico* en todo su desarrollo.

En la práctica clínica, el estudiante puede sentirse impotente, molesto por lo que le narra su paciente, por su sufrimiento. Otras veces se siente irritado por la obstinación del paciente en poner en jaque sus esfuerzos generosos. Para resistir y garantizar un proceso terapéutico lo suficientemente correcto y transformador, el terapeuta en formación necesita poder contar con la experiencia de supervisores que lo guíen, y que, en su caso, lo sepan confrontar sin humillarlo, cuestión que en efecto puede suceder.

En los grupos de formación, los procesos de imitación del aprendizaje se movilizan ampliamente. W. Benjamin comenta bien estos procesos de imitación a través de los cuales el niño asimila su entorno cultural [39]. Esto significa que el supervisor tiene la responsabilidad del ejemplo para ayudar al estudiante a enfrentar el maravilloso y desconcertante encuentro con el *pathos*. El formador -también el grupo- se ocupa del terapeuta en formación de modo que este último a su vez atienda a su paciente con diligencia y rigor análogo al de su formador.

El trabajo de supervisión grupal también permite observar diferentes formas de practicar, con sus ventajas y riesgos. El grupo nos ayuda a identificar los puntos ciegos que todos tenemos, a hacer emerger aspectos que habríamos tendencialmente pasados por alto. La solidaridad y el apoyo del grupo son tanto más necesarios en cuanto que muchas terapias pueden resultar frustrantes e ingratas (quejas que permanecen casi idénticas en el tiempo, incluso si, a pesar de todo, el cuadro clínico cambia) o emocionalmente exigentes (abuso infantil que rara vez podemos prevenir, pero en el que debemos intervenir cuando el daño ya está hecho).

No pocas veces los terapeutas jóvenes están más expuestos: en la primera línea, cuando los más experimentados suelen atrincherarse en la segunda línea para realizar tareas administrativas; en servicios públicos más que privados, que acogen pacientes más recalcitrantes, muy problemáticos, más precarios. No podemos esperar, en tales situaciones, que los pacientes reconozcan el trabajo de los terapeutas (aunque un cierto número lo hace y a veces generosamente). El reconocimiento y apoyo que les permita trabajar durante ese tiempo en condiciones difíciles debe provenir de los responsables del lugar donde trabajan, de los supervisores de la escuela de formación y también de los colegas en formación del grupo en el que están aprendiendo.

Para que un proceso de supervisión sea exitoso, deben estar presentes varios elementos:

- Primero, un conocimiento común sobre el trasfondo teórico y antropológico: ¿Qué significa terapia? ¿Qué finalidad persigue? ¿Qué pasa con el "ser" que pide tratamiento? ¿Cuáles son los deberes de los profesionales sanitarios y de los pacientes?.
- En segundo lugar, una intencionalidad ética común y compartida que lleve al supervisor y al grupo a actuar en relación mutua de modo de garantizar la seguridad en un espíritu de acogida sustancial (obviamente, es papel del supervisor confrontar al estudiante cuando no parece perseguir un propósito ético suficientemente aceptable, así como reconocerlo cuando su compromiso es meritorio). Finalmente, la supervisión requiere que todos colaboren, aportando sus propios pensamientos, su

intuición, su experiencia necesariamente única, aportes que constituyen justamente la riqueza subyacente del grupo. En la formación sistémico-relacional existen otras formas de supervisión: la individual; supervisión directa con la presencia del supervisor y a veces del grupo detrás del espejo; el análisis de grabaciones de video de las sesiones de los estudiantes. Estas otras formas no se detallan en el presente trabajo aunque son de gran importancia en la formación.

Nos gustaría volver a decir algunas palabras sobre la modalidad de co-involucración de los formadores.

4. El oficio de formador

¿Qué buenas razones nos llevan a convertirnos en formadores?

Para reflexionar sobre la labor del formador y, más en general, sobre los fundamentos de la transmisión del saber, quisiéramos recordar brevemente el *Convivio* de Platón [40]. El modelo de diálogo filosófico que emerge es a nuestros ojos paradigmático para la didáctica de la formación.

A través de Sócrates aprendemos que el deseo humano tiene un fuerte vínculo con nuestra condición de finitud, con la inscripción de la mortalidad en nuestras vidas. Para nosotros mortales, el deseo de eternidad -que habita en toda *pulsión amorosa*- toma la forma del deseo de una vida *no que dure para siempre*, sino que se renueve, más allá de la muerte, a través de la concepción, la generación y la transmisión a la progenie.

En el hombre, explica Sócrates, el deseo de procrear y de transmitir puede adoptar diversas formas. Podemos ser "fecundos según el cuerpo"; el amor nos llevará así del uni verso a los otros y despertará en nosotros el deseo de engendrar hijos. También podemos ser "fecundos según el alma" y el amor nos llevará entonces a darnos cuenta de lo que el alma debe concebir y dar a luz: obras de pensamiento, de poesía, de conocimiento, de justicia. Lo que para Platón resulta ser creador y portador de vida en el conocimiento y en su transmisión es así sustentado en un movimiento de deseo que nos acerca al otro y nos empuja a producir bellas obras, en contacto con él, a su favor [cfr también 41].

Esto nos hace pensar en el vínculo singular entre el conocimiento y la vida. La docencia, como proyecto para compartir conocimientos y difundirlos, sería parte de este impulso garantizar, en cierto sentido, un futuro para nuestra vida: éste será mantenido vivo por otros, por nuestros alumnos después de nosotros.

Los formadores aseguran la creación y el mantenimiento de relaciones grupales respetuosas, abiertas y cooperativas. La dimensión de este proceso es en realidad colectiva, ya que -como ya hemos dicho- la experiencia de unos enriquece la de otros. Los estudiantes se presentan con su propio conjunto único de talentos, vulnerabilidades y experiencias existenciales, que han forjado profundamente su motivación para ejercer la profesión de psicoterapeuta. Compartir e "intercambiar" este patrimonio personal con los demás contribuye significativamente al desarrollo de los miembros del grupo. El desarrollo en el tiempo de la formación produce una repetición de experiencias compartidas. Los estudiantes

aprenden a conocerse y apreciarse, a percibir las vulnerabilidades y recursos de sus formadores, a aceptar ser confrontados a su vez, a verbalizar los valores perseguidos y a evaluarlos según los valores de los otros.

¿El buen terapeuta o el terapeuta culto es necesariamente un buen maestro? El buen formador es probablemente el que es apasionado y modesto, claro y riguroso en su pensamiento sin ser dogmático, capaz de movilizar al grupo así como de alentar a cada uno de los participantes a seguir todo el proceso de aprendizaje. Esto último se concreta sobre la base de relaciones horizontales que el estudiante establece con sus condiscipulos y sobre la base del recorrido, quizás un poco más difícil, que realiza con los distintos profesores dentro del instituto de formación.

Participación del formador en la circularidad del aprendizaje

El formador debe poder aprender de sus alumnos: la experiencia formativa es necesariamente una experiencia circular; no es un movimiento unilateral de arriba hacia abajo. ¿Puede un formador admitir que no es sólo el estudiante el que tiene que transformarse durante la formación? Creemos que sería realmente deseable que incluso un didacta pudiera verse enriquecido al final de su experiencia, al final de cada ciclo formativo. Las cualidades que llevan al formador a saber dar generosamente a través de la docencia deben ir necesariamente unidas a las de saber recibir en actitud de curiosa espera, de humildad; en el deseo de dejar espacio a la sorpresa, con la capacidad de *maravillarse* ante el profundo sentido de responsabilidad y compromiso con los estudiantes. Postulamos que una fuerte relación formativa conduce con el tiempo a cambiar significativamente a todos los sujetos co-involucrados, y por tanto también a los propios formadores.

Este postulado implica diferentes responsabilidades para los formadores. El primero sigue siendo el de garantizar a cada participante una base suficientemente segura, un marco en el que se tenga en cuenta el sentimiento de lo justo y lo injusto. El segundo es evaluar el desarrollo de la dimensión del "ser" inducido por el grupo. En las escuelas que fomentan la rivalidad, que tienden a premiar la excelencia más que el paciente y común esfuerzo de aprender, sucede que el grupo puede entrar en conflicto y fragmentarse, dificultando así el crecimiento del saber ser. Y en estos casos el formador puede verse tentado a identificar dos o tres alumnos que considere especialmente difíciles y atribuirles, o peor aún, a su psicopatología, las razones del descontento general. Es más raro que el formador se pregunte por su propio estilo de conducción para comprender aquello que sucede en el grupo.

De cualquier modo, el crecimiento del estudiante y del grupo generalmente es bien percibida por los formadores. Es menos frecuente que reflexionen sobre la modificación de su propio "ser" y su propio "saber ser" durante la actividad didáctica. Esto último, como la finalidad de la docencia, deben ser discutidos constantemente en el grupo de formadores. También en este caso, vale la pena estar atento a las rivalidades que existen entre los formadores, una rivalidad implica intolerancia y culpabilización. Este clima puede ser un mal ejemplo para los estudiantes. Esta rivalidad es en cierto modo proporcional al grado de narcisismo de cada uno de los formadores.

Los formadores son parte a su vez de un grupo con su jerarquía y sus singularidades. Suele ser útil tener una variedad de características para una institución de formación. Como Bion ya había descrito para los grupos, es importante que haya:

- uno u otro elemento alfa, los fundadores de la escuela y sus herederos, garantes de la ortodoxia y la tradición;
- un número suficiente de elementos beta dedicados y generosos, bastante fieles a los maestros y al pensamiento dominante. Son ellos quienes suelen proporcionar la base para la educación. Su tarea es difícil: deben poseer características personales y creatividad y al mismo tiempo demostrar lealtad y conformidad. Los pocos que son sumisos y obsequiosos pueden convertirse en tiranos con sus estudiantes;
- y en cualquier caso unos subversivos que constituyen los elementos gamma. Estos, con más o menos tacto y tozudez, cuestionan ciertas orientaciones teóricas y sobre todo la rigidez del pensamiento.

Así se crea un espíritu, un clima dentro del instituto de formación, que moldea permanentemente el modo de la formar. Esto nos recuerda la influencia de Ernest Ansermet, quien fue el director de orquesta de la Suiza francófona en la segunda mitad del siglo pasado: incluso después de jubilarse, la orquesta mantuvo una impronta fuerte y familiar de aquello que el maestro había transmitido, sin embargo, varios directores han sucedido a su guía y casi ninguno de los instrumentistas actuales ha tocado bajo la dirección de Ansermet.

5. Dispositivo complejo de la formación

La formación debe asumir, por tanto, la delicada tarea de ayudar al estudiante a integrar su propia *experiencia pática* con los conocimientos adquiridos en la escuela, con aquello que hace suyo en el transcurso de la terapia personal y aquello que ha aprendido durante el recorrido grupal del genograma.

Tal misión requiere estructuras de formación complejas (no homogéneas). El conocimiento teórico está, de hecho, sujeto a evaluación y selección sobre la base de criterios de éxito y fracaso, mientras que la experiencia personal no se presta a tal evaluación. Las habilidades y conocimientos del alumno se ponen a prueba y pueden ser evaluados en la supervisión de las situaciones seguidas y en la presencia a largo plazo del estudiante en los distintos espacios de formación, pero esta evaluación es delicada, ya que depende en gran medida de la subjetividad del formador.

Las universidades, que son lugares de conocimiento teórico, deben por tanto articular otras estructuras, como institutos de formación en psicoterapia, que no aportan conocimientos universales, sino que, con la modalidad de un *taller*, de un taller artesanal, trabajan esta integración entre conocimientos teóricos, habilidades procedimentales y saber ser, sin poder obedecer a las mismas reglas de funcionamiento y evaluación.

La formación merece estar basada sobre la esperanza de que la psicoterapia permanezca anclada en los valores humanistas, que justamente brotarán de una constante

reflexión sobre la naturaleza, sobre la dimensión *pática* y sobre la responsabilidad ética del ser humano. Esta esperanza debe afirmarse hoy ante las crecientes solicitudes de coherencia formal de los planes de estudios, adaptación a los estándares definidos por las autoridades políticas, las asociaciones profesionales y las instituciones internacionales dentro de la Unión Europea. Las normas y criterios de una buena formación no pueden controlarlo todo: existe una alquimia secreta que confiere al curso formativo de cualidades que lo hacen vivo, estimulante, creativo, atento a la dimensión del ser y por tanto capaz de provocar cambios significativos en los estudiantes. La responsabilidad principal de la formación sigue siendo supervisar a los estudiantes, para que adquieran experiencia y profundidad, una dimensión humana y ética, que les permite sentirse preocupados por los demás, para acoger su dolor, para aliviar su desesperación.

Conclusión

Comenzamos con un enfoque decididamente *pático* de la existencia humana. V. Von Weizsäcker definió el atributo *pático* general de la vida en estos términos:

“No se puede hablar [...] de vida sin expresar que la vida no es un proceso, sino que es también padecida (*erlitten*). No se limita a *ponerse en acción*, siendo cosa activa; sucede que también es ser, esto hace su *pasividad*”. [7, pág. 219]

Es sobre esta base, más que en referencia a una idea de normalidad cuya concreción es difícil de alcanzar y, con mayor razón, sentir su aliento benéfico, que hemos tratado de acercarnos a la locura humana. Citaremos a Minkowski una vez más:

“Lo que importa es que la locura se sitúa desde el principio en relación con la 'vida', esta vida no se coloca bajo el signo de la salud mental, sino se realiza así como es, así como se nos ofrece y también así como se vive. [...]. Esta vida experimentará arrestos y faltas, debilidades humanas naturales, obstáculos y desencuentros, preocupaciones, dolores y pruebas, muerte, angustia y sufrimiento. Estas experiencias negativas aún tendrán que integrarse a lo largo de la vida, al menos en su forma general, cualquiera que sea el destino individual. Es el lado *pático*, y no el lado patológico, de la existencia". [18, pág. 78-79].

En este despliegue *pático* global de la existencia humana, se suceden ciertas pruebas que aíslan, que minan, más o menos brutalmente, más o menos radicalmente, el mismo vínculo que une a los seres humanos y que constituye su "medida común". Este ataque al vínculo humano como tal marca, en psiquiatría, el advenimiento de lo patológico. El elemento nuclear del trastorno psiquiátrico radica menos, en este sentido, en el aspecto de "fuera de la normalidad" que en el de “fuera de acuerdo”, es decir, la capacidad para relacionarse. De ahí el mayor riesgo de estigmatización y exclusión.

Este es también el mayor desafío de la formación. Destacamos la importancia de implementar conjuntamente el enfoque dual: avanzar hacia una psicopatología lo más cercana posible a las estructuras páticas de la existencia; aceptar de acoger en nosotros, entre nosotros, en los espacios de formación, lo extraño y lo desconcertante, los momentos de alteración y aniquilamiento, que forman nuestra experiencia compartida de los riesgos específicos de la existencia humana. Para que la prueba realmente pueda enseñar algo y no se limite a aislar y destruir, es de hecho, esencial que pueda ser aceptada, conducida por la escucha empática, integrada en un movimiento de vida abierto al futuro. Por ello, insistimos en la necesaria congruencia entre nuestro conocimiento psicopatológico, nuestra comprensión del significado de la terapia y la forma en que concebimos la formación. En estos diferentes niveles, se asigna un papel muy especial a la intersubjetividad.

La formación en la profesión de terapeuta nos pareció, en términos de aprendizaje, análoga al modelo del taller del artista. Se aprende de manera privilegiada de los maestros dispuestos a compartir sus conocimientos y habilidades procedimentales, aunque igualmente dispuestos a percibir y apoyar las actitudes y habilidades interpersonales singulares de sus estudiantes y apoyarlos en este camino (trans)formativo de integración de sus vulnerabilidades de modo generoso y creativo.

Bibliografía

- [1] Kierkegaard S. (1844). *Il concetto dell'angoscia*. Trad.it. [MF. Sciacca](#). Milano: Bocca ; 1940.
- [2] Binswanger L. *Der Mensch in der Psychiatrie*. Pfullingen: Günther Neske; 1957. Trad. it. *Mimesis frontiere della psiche*, Milano: Udine; 2013.
- [3] Vannotti M. Gennart M. *Corpi e storia di vita*. Roma: Alpes; 2018.
- [4] Schotte J. *Szondi avec Freud, Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. Bruxelles: De Boeck-Université, (Bibliothèque de pathoanalyse); 1990.
- [5] Maldiney H. *L'homme dans la psychiatrie*. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2001; 36 : 31-46.
- [6] Gennart M. (dir.). *La vulnérabilité. Approche phénoménologique, existentielle et psychopathologique*. Argenteuil: Le cercle herméneutique; 2021.
- [7] von Weizsäcker V. *Der Gestaltkreis, Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Leipzig: Georg Thieme; 1940. Trad. fr. M. Foucault et D. Rocher : *Le cycle de la structure*. Paris: Desclée De Brouwer; 1958.
- [8] Gennart M. *Corporeità e presenza. Linee guida per un approccio al corpo nella psicosi*. Trad. it. Prof. Fagiolo. Rome: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- [9] Heidegger M. *Sein und Zeit* (1927). Tübingen: Niemeyer; 1953.
- [10] Ricœur P. *Éthique et morale* (1990). In: *Lectures 1. Autour du politique*. Paris: Seuil (Points) ; 1999.
- [11] Vannotti M., Gennart M. *Orizzonti etici in psicoterapia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2022.
- [12] Sartre J. P. *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique* (1943). Paris: Gallimard; 1991
- [13] Straus E. *Die Scham historiologisch betrachtet*. In: *Psychologie der menschlichen Welt. Gesammelte Schriften*. Berlin: Springer; 1960.
- [14] Szondi L. *Moses Antwort auf Kain*. Bern: Hans Huber; 1973.

- [15] Gennart M. Existence incarnée; une vulnérabilité créatrice. In: La vulnérabilité. Approche phénoménologique, existentielle et psychopathologique. Argenteuil: Le cercle herméneutique; 2021 : p. 97-120.
- [16] Szondi L. Introduction à l'analyse du destin. Louvain-Paris: Nauwelaerts (coll. Pathei mathos); t. 2; 1984.
- [17] Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception (1945). Paris: Gallimard; 1979.
- [18] Minkowski E. Traité de Psychopathologie (1966). Le Plessis-Robinson: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 1999.
- [19] Gennart M. Vannotti M. Le risque d'humiliation diagnostique. In: Douleurs: Évaluation - Diagnostic - Traitement 2015; 16 (4): 172-178.
- [20] Benjamin L. Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità. Roma: Las; 1999.
- [21] Binswanger L, De la psychothérapie. In: Introduction à l'analyse existentielle. Trad. fr. Verdeaux J. Kuhn R. Paris: Ed. de Minuit; 1971 : p. 119-147.
- [22] Straus E. Psychiatrie und Philosophie. In: Psychiatrie der Gegenwart. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963; 1 (2): 926-994.
- [23] Foucault M. Le jeu de Michel Foucault (entretien avec D. Colas, A. Grosrichard, G. Le Gaufey, J. Livi, G. Miller, J. Miller, J.-A. Miller, C. Millot, G. Wajeman) (1977). In: Dits et écrits (tome III, texte 206). Paris: Gallimard; 1994.
- [24] Agamben G. Che cos'è un dispositivo? Roma: Nottetempo; 2006.
- [25] Cirillo M. Selvini M. Sorrentino AM. *Entrare in terapia*. Milano: Cortina; 2016.
- [26] Gennart M., Vannotti M. La danza della terapia. Cinque dimensioni dell'intersoggettività in una prospettiva fenomenologica. *Ecologia della Mente* 2019; 42 (1): 4-24.
- [27] Delion P. Au commencement... Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique. *Le Carnet PSY* 2011; 1 (150): 20-26.
- [28] Binswanger L. Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins (1942). Munich-Bâle: E. Reinhardt; 1973.
- [29] Fuchs T. Pourquoi y a-t-il des maladies mentales ? Réflexions anthropologiques sur la vulnérabilité. Trad. fr. par Ph. Cabestan. In: Gennart M. (dir.). La vulnérabilité. Approche phénoménologique, existentielle et psychopathologique. Argenteuil: Le cercle herméneutique; 2021: 121-136.
- [30] Holzhey-Kunz A. Introduction à la Daseinsanalyse. Un regard existentiel sur la souffrance psychique et sa thérapie. Trad. fr. L. Defago. Argenteuil: Le cercle herméneutique; 2016.
- [31] Doherty WJ (1995). Scrutare nell'anima. Responsabilità morale e psicoterapia. Trad. it. M. Romeo. Milano: Cortina; 1997.
- [32] Bleuler E. Les Problèmes de la schizoïdie et de la syntonie (1922). Trad. franç. P. von Massow. In: L'information psychiatrique 2011; 87 (1): 37-51.
- [33] Real del Sarte O. Fehr-Fouvy N. Jobin C. Le génogramme dans le cadre de la formation à la thérapie et à l'intervention systémique. *Thérapie familiale* 2016; 37 (3): 241-257.
- [34] Dastur F. Préface. In: La vulnérabilité. Approche phénoménologique, existentielle et psychopathologique. Argenteuil: Le cercle herméneutique; 2021: p. 7-16.
- [35] Kuhn R. (1975). Distance et proximité par rapport au patient – le milieu souhaitable entre intrusion et désengagement. Trad. fr. M. Gennart. In: *L'intime la pudeur et le sacré*. Argenteuil: Le cercle herméneutique; in corso di stampa.
- [36] Goldbeter-Merinfeld E. Linares JL. Onnis L. Romano E. Vannotti M (2010). *La terapia familiare in Europa. Invenzione a cinque voci*. Tr. it. Milano : Franco Angeli ; 2012.

- [37] Onnis L. Mari P. Menenti B. Une formation personnelle du thérapeute à différents niveaux: l'utilité du langage analogique. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux* 2008: 41; 81- 95.
- [38] Scheler M. Nature et formes de la sympathie. Contribution à l'étude des lois de la vie affective. Trad. franç. M. Lefebvre. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1971.
- [39] Benjamin W. Sens unique, précédé de: Enfance berlinoise. Trad. fr. J. Lacoste. Paris: M. Nadeau; 2000.
- [40] Gennart M. La passion de transmettre. Une lecture platonicienne en hommage à M. Vannotti. In Singy P, Stiefel F. Le partage du savoir dans les arts du soin. Genève: Médecine et Hygiène; 2010: 33-44.
- [41] Arendt H (1958). Vita activa e condizione umana. Trad. it. S. Finzi. Milano: Bompiani; 1964.