

PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR: UNA TEORÍA DEL ENFERMAR Y DE LA CURA ⁴

⁴ Una primera versión del presente capítulo fue presentada en noviembre de 2005 en el seminario “Teorías del enfermar y de la cura”, dictado por el Dr. Vicente Galli en el Instituto de Psicoanálisis de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP). Constituye una síntesis personal, panorámica, condensada y necesariamente incompleta de lo que fue decantando en mí del contacto con los textos, las enseñanzas directas y la observación de la tarea clínica del Dr. García Badaracco. Las principales publicaciones que pueden consultarse son: García Badaracco (1990, 2000, 2005) y Mitre (1998).

I. Introducción

La teoría de Freud es una construcción compleja y amplísima. En su conjunto se parece a un enorme edificio compuesto por varios pabellones, todos interconectados, que, a semejanza de los Museos Vaticanos, pueden ser visitados siguiendo diferentes recorridos.

Su concepción científica revolucionaria lo obligó a introducir una cantidad enorme de conceptos teóricos –inconsciente, pulsiones, sexualidad infantil, evolución de la libido y complejo de Edipo, diversos modelos de aparato psíquico, narcisismo, pulsión de muerte, superyó, identificaciones, etcétera– a los cuales se debe agregar la teoría necesaria para la construcción de una técnica terapéutica y de investigación muy compleja.

Si continuamos con la analogía de la construcción, cabe decir que, sin duda, en este enorme edificio se pueden –y se deben– realizar muchas reformas y ampliaciones.

En este sentido, el psicoanálisis permitió que muchos autores se incorporaran a él y, cada cual de acuerdo con sus particulares intereses aportaran modificaciones en determinadas áreas de la clínica psicopatológica.

Así, García Badaracco, al ocuparse de la psicosis tanto en el ámbito hospitalario como en el privado, desarrolló lo que él denomina *psicoanálisis multifamiliar*. Se trata de una concepción nueva, profundamente arraigada en el pensamiento psicoanalítico freudiano, en la que se amalgaman, lo mismo que en Freud, el propósito terapéutico y el de investigación. Esta aplicación surgió como necesidad a partir de las conocidas limitaciones del psicoanálisis para el tratamiento de la psicosis.

2. Las interdependencias recíprocas: una teoría del enfermar

El concepto básico de García Badaracco, que de alguna manera amalgama el conjunto de conceptos de su enfoque teórico y técnico, la clave de lo que podríamos considerar su *teoría de la enfermedad y de la cura*, es el de *interdependencias recíprocas*.

El mundo de lo humano es un mundo de interlocución. Cada vez más, es posible observar el grado de interdependencias recíprocas en el que todos y cada uno nos constituimos como personas.

Cuando se profundiza en este concepto, en sí mismo sencillo y obvio, se abre una grieta fértil para la investigación y el trabajo clínico. Básicamente, García Badaracco diferencia dos tipos de interdependencias: las interdependencias normogénicas y las interdependencias enloquecedoras o enfermantes.

Es en el ámbito de las interdependencias donde se van constituyendo las identificaciones que configuran la identidad; de ahí que lo vivido en interdependencias creativas va quedando dentro de cada uno como identificación, como experiencia que contribuye al desarrollo, al enriquecimiento del yo. El conjunto de capacidades –efectivas o potenciales– constituyen lo que García Badaracco llama “recursos yoicos genuinos”.

Al contrario, las experiencias vividas en interdependencias recíprocas patógenas, traumáticas, se conservan como vivencias con poder enfermante y constituyen las identificaciones enfermas que conforman la locura.

Estos vínculos psicotizantes impiden el desarrollo de recursos genuinos, de modo que dentro de las tramas de las interdependencias enfermas se generan relaciones fijas y se

desalientan y obstruyen a toda costa los nuevos vínculos. En otras palabras, estas interdependencias recíprocas son círculos viciosos que generan mayor dependencia. No es que la dependencia en sí sea algo negativo; lo negativo radica en *la fijeza y la exclusividad* de esas interdependencias, que generan así vínculos perversos.⁵

Muchas veces, el núcleo de estas tramas está formado por una díada fija, donde prevalece una relación amo-esclavo o un vínculo sado-masoquista. García Badaracco describe un objeto específico, notoriamente visible en las situaciones más típicas, al que denominó *objeto enloquecedor*.⁶

Según esta manera de ver las cosas, la enfermedad mental es, en gran medida, resultado de la existencia de presencias enfermantas y enloquecedoras que han impedido el desarro-

⁵ Como recordará el lector, Freud (1905d) consideraba que las características determinantes de la perversión eran la fijeza y la exclusividad.

⁶ Tal vez aquí sea inevitable examinar la condición metapsicológica de este *objeto*. Entiendo que conviene dejar a este concepto en la ambigüedad para que admita diferentes interpretaciones según el contexto o circunstancia. De hecho, en algunos casos, se habla de objeto enloquecedor haciendo referencia a un objeto de la vida real, a una persona concreta que ejerce sobre otra una fuerte influencia fuente de la dependencia patógena. En otros, se hace referencia a un objeto internalizado, con lo que ya no hace falta la presencia de alguien de carne y hueso para provocar los efectos enfermantas. En este caso, el objeto interno puede operar de dos maneras claramente diferenciables: 1) como una identificación en el superyó, de modo tal que el sujeto continúa actuando, por ejemplo con sumisión y con miedo, como si el objeto estuviera presente; y 2) como una identificación total o parcial en el yo, de modo tal que el sujeto actúa como lo hacía el objeto. A estas diferentes formas de internalización del objeto García Badaracco las describe como “*presencias*” de esos personajes en nuestras vidas o como “*los otros en nosotros*”.

llo de recursos yoicos genuinos para enfrentar la vida y que, desde este punto de vista, impiden el despliegue de *el sí-mismo verdadero* y condicionan una discapacidad relativa.

García Badaracco asigna tanta significatividad a las interdependencias en la génesis de la psicosis que, en su manera de pensar, *fuera de estas interdependencias la psicosis no existe*. Vale decir, no existe como algo independiente, como un existente ontológicamente reconocible. La psicosis existe en tanto es creada y sostenida una y otra vez por una trama enferma y enfermante que genera y mantiene la locura, como una forma de obtener algún beneficio, generalmente más supuesto que real.

La locura es, entonces, una creación colectiva, creación en la que participan *tanto el objeto enloquecedor como el loco mismo*. Naturalmente, si estos vínculos se crean y se mantienen (por lo común a lo largo de toda la vida), es porque a través de ellos se intenta *evitar una serie de vivencias penosísimas: el desamparo, la desprotección, la inseguridad, la inermidad...*

Desde esta perspectiva, una vez más se hace evidente lo que mostró el psicoanálisis desde sus orígenes: las distintas patologías poseen un profundo sentido: son formas –pobres, equivocadas, fallidas– de buscar beneficios vitales vividos como imprescindibles.

Si la trama, si la urdimbre de interdependencias patógenas se desarma, la locura deja *ipso facto* de existir. Es como si sobre un escenario imaginario se proyectara una serie de luces que, en su compleja y artística estructura, produjeran la ilusión de un material real existente sobre el escenario. Así, el *loco* es el producto de la creación de una trama de relaciones en las que él mismo está atrapado.

Así como, si apagáramos las luces imaginarias de nuestra analogía, desaparecería el objeto producto de esas proyecciones, del mismo modo, si logramos deshacer las tramas enfermantes la locura desaparece, y el llamado “loco” tiene la oportunidad de llegar a desarrollar su sí-mismo verdadero, su potencial sano.⁷

Las urdimbres de interdependencias que dan lugar a la psicosis se entraman con tal grado de fijeza y exclusividad que se las puede llamar con pleno derecho “tramas mafiosas”. En efecto, urden pactos difíciles de desarmar, y quien lo intenta – desde afuera, como es el caso del terapeuta, o desde adentro, como es el caso del paciente– se convierte en blanco de todo tipo de acusaciones, agresiones y amenazas.

Sucede que, como dijimos, la trama está al servicio de necesidades tan primarias, que destejarla pone al descubierto un temor y un dolor sumamente intensos; y en el intento de evitar esos sentimientos se pone en juego una violencia tal, que a uno le sorprende una y otra vez, aun cuando “sabía” que se iba a producir.

Los que forman parte de la trama mafiosa y patógena no están ahí por una decisión voluntaria. Son víctimas de un sistema que los incluyó sin consultarlos y les impide salir. Pero

⁷ Estas afirmaciones contundentes pueden inducir al malentendido de que es muy fácil desarmar las tramas enloquecedoras, y luego, al comprobar la dificultad, caer en la creencia de que entonces no es verdad la esencia de lo que sostiene García Badaracco. Si alguna de estas cosas sucede es porque no se considera la extraordinaria dificultad que implica deshacer las redes patógenas. Son tramas que, en muchas ocasiones, se consolidan a lo largo de generaciones, y dejan daños casi irreversibles, que perduran aún cuando la persona que “encarnó” el objeto enloquecedor ya no está presente físicamente.

también es verdad que una vez adentro se cree que salir equivale a algo semejante a la muerte. Ni siquiera el loco, el que a la postre parece más como la víctima de toda la situación, se atreve a liberarse así como así de su sometimiento. Para *desidentificarse* y dejar atrás la locura, debe atravesar una vivencia de vacío tan penosa que es muy común observar lo que en psicoanálisis conocemos como *reacción terapéutica negativa*.

Esta concepción de la psicosis puede considerarse una concepción traumática. Si trazáramos un segmento “A-B” y ubicáramos, en el extremo “A”, las posturas que consideran la enfermedad como una dificultad del yo para tramitar las pulsiones, y en el otro extremo, “B”, las que subrayan el papel del trauma externo, la concepción de García Badaracco estaría sin duda próxima a este segundo.

No se trata, sin embargo, de una teoría traumática que subraye el trauma único, puntiforme, que produce efracción e inundación. Tampoco se trata de la teoría del trauma en dos tiempos, en la que adquiere importancia el fenómeno del *a posteriori*. Ni tampoco corresponde al concepto de “vivenciar traumático actual”, que en la concepción de las series complementarias constituye el factor desencadenante que rebalsa el vaso.

García Badaracco utiliza más bien el concepto de situación traumática, el mismo que, como señalan M. y W. Baranger y Mom (1987), aplica Freud (1926d) en *Inhibición, síntoma y angustia*. La situación traumática básica que describe Freud es la vivencia de desvalimiento, una vivencia temprana y universal que condiciona el destino de la humanidad y, según cómo se la transite, determina el destino de cada hombre en particular. La otra vivencia, emparentada con la de desvalimiento, es la de angustia. La angustia prefigura el peligro y conduce a que se

eche mano de diversos recursos, eficaces o no, para enfrentar la vivencia de desvalimiento.

En los desarrollos de García Badaracco podemos ver dos enfoques o dos consecuencias del trauma originado por la vivencia de desvalimiento y por la angustia frente a la amenaza de repetición del desvalimiento (angustia vivida más como catástrofe que como señal).

En primer lugar, el paciente psicótico está sometido a un trauma continuo, permanente. La sumisión a la trama de interdependencia fue aceptada por él para evitar la vivencia de desvalimiento. En este sentido, el paciente es una víctima de un objeto que, en lugar de auxiliar al niño indefenso a transitar la vivencia de endeblez, lo amenaza con abandonarlo, con dejarlo nuevamente expuesto al desamparo tan temido. Así, el enfermo queda fijado al terror que le causa la posibilidad del desvalimiento total o sometido a los caprichos del objeto enloquecedor, el cual le ofrece una precaria e ilusoria protección.

En segundo lugar, analizada la trama en toda su dimensión, el objeto enloquecedor mismo, el victimario manifiesto, es también endeble y desvalido. Justamente, construye activamente la urdimbre para evitar estos sentimientos. En apariencia, lo hace con el fin de ofrecer protección o seguridad al objeto que depende de él; sin embargo, es evidente que el objeto enloquecedor se resiste a los cambios en las interdependencias que ha generado para no verse inundado por los penosos sentimientos que ha proyectado.

3. Grupos de psicoanálisis multifamiliar: una teoría de la cura

García Badaracco afirma que la experiencia clínica de muchos años lo ha llevado a la convicción de que, por enferma que una persona esté, siempre existe una virtualidad sana, potencial, desde la cual es posible lograr un re-desarrollo que conduzca a la salud.

Considera que el mejor modo de desarmar, deshacer, des-tejer las urdimbres, las tramas patógenas enloquecedoras se da en el contexto de lo que él llamó “comunidad terapéutica de estructura multifamiliar”.

Se trata de grupos abiertos de psicoterapia, en los que participan el enfermo y su familia con un encuadre amplio y laxo (si consideramos los criterios a los que estamos acostumbrados). Es posible entonces que la familia no concurra en su totalidad, o incluso que lo haga uno solo de sus integrantes. Puede suceder también que el mismo “enfermo” se niegue a concurrir y, sin embargo, cuando observa los cambios que se producen en el resto de los integrantes de la familia a medida que se va desarmando la trama que los mantenía prisioneros, termine acercándose y generando nuevos estímulos que produzcan nuevos cambios.

La manera más común de trabajar es realizando una reunión semanal; el número de pacientes puede ser bastante numeroso. Si bien no es imprescindible, es muy aconsejable que además del coordinador haya otros terapeutas o co-terapeutas. Esto favorece que las transferencias muy intensas – como se dan en los casos graves– se distribuyan entre varios de ellos. Disminuye así el riesgo de contraidentificaciones masivas que imposibilitarían el trabajo.

Son muchos los *principios técnicos* que permiten el éxito

de esta psicoterapia psicoanalítica: el respeto en la escucha, la legitimación del síntoma como modo de expresar algo de otra manera indecible, la búsqueda de la autenticidad (favorecida por la presencia del grupo, que detecta falsedades y dobleces), la importancia de comprender las vivencias evitando toda forma de intelectualización, etcétera. Pero lo que importa en este momento es subrayar que en esta *teoría del enfermar y de la cura, la cura sucede como añadidura*, cuando se deshace la trama enfermante que mantiene ligados a sus integrantes en interdependencias patológicas cerradas.

La presencia de otras personas con problemas *semejantes y diferentes*, más graves y menos graves; la posibilidad de observar desde afuera otras tramas que, por no pertenecer a ellas, se evidencian como enloquecedoras; la observación, en otros grupos familiares, de cambios que parecían imposibles; el hecho de ver en los demás las increíbles resistencias que se oponen a cambios beneficiosos, son algunos de los motivos que permiten que estas reuniones de grupos numerosos contribuyan a hacer conscientes las tramas psicotizantes.

Si bien para concurrir a las reuniones multifamiliares descritas no es condición estar realizando una psicoterapia individual, lo más conveniente es que psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis multifamiliar se complementen. Una y otro se enriquecen mutuamente y en estos casos se observan los mejores resultados.

Es digno de señalar, además, que como ocurre casi siempre en psicoanálisis, el campo de trabajo clínico es también el mejor campo para la investigación. En este sentido, el ámbito de *los grupos de psicoanálisis multifamiliar* es uno de los que rinde mejores frutos para la observación e investigación de las interdependencias.

4. El comienzo de una experiencia ⁸

Como coordinador del Centro Psicoanalítico de Estudio y Asistencia (CPSEA), fundado en junio de 2004, en diversas oportunidades me fue requerida la atención de pacientes con síndrome de Down, provenientes de una escuela municipal. Con el propósito explícito de realizar una experiencia piloto, en abril de 2005 dos alumnas de nuestro Instituto de Formación para graduados comenzaron a atender a dos de esos pacientes. De modo casi inmediato surgió la necesidad de trabajar también con los padres. Nos pareció que lo más conveniente y posible era emplear el método propuesto por García Badaracco para el tratamiento de la psicosis y a fines de ese mes de abril comenzaron las reuniones de psicoanálisis multifamiliar coordinadas por mí junto a Olga Inés Pon y un grupo de colegas.

En noviembre de 2005 concurrían a las sesiones de psicoanálisis multifamiliar una veintena de pacientes, correspondientes a unas seis familias. Casi todas ellas tenían un hijo con algún grado de discapacidad intelectual de diversas etiologías (genéticas, tóxicas, neurológicas, etcétera).

Si bien es cierto que la demanda nos impulsó a trabajar en algo que no estaba en nuestros planes, también es verdad

⁸ Lo que relato en estos párrafos será narrado con mucho mayor detalle en el próximo capítulo. A pesar de algunas repeticiones inevitables, creo conveniente mantener las dos versiones tal como fueron escritas en su momento, porque incluyen aspectos algo diversos. El lector debe tener presente que la experiencia a la que me refiero comenzó en abril de 2005 y que este capítulo fue redactado en noviembre de ese año. A su vez, los capítulos siguientes corresponden a acontecimientos y procesos posteriores, que han sido incluidos en el libro respetando en cierta medida la cronología.

que no es posible emprender una tarea si no existe la hipótesis de que lo que hagamos puede llegar a ser fructífero.

La atención individual de pacientes con síndrome de Down se emprendió con la siguiente idea: si, como piensa Freud, las defensas del individuo tienden a evitar el desarrollo de un afecto penoso, quien sufre algún tipo de discapacidad intelectual es capaz de recurrir a diversas defensas para no sufrir, y quizás sea capaz de reconocer los sentimientos penosos que trata de ocultarse a sí mismo (celos, enojo, temor, etcétera).

Para trabajar con las familias partimos, en cambio, de la siguiente hipótesis: *es posible descubrir tramas familiares específicas que favorecen la fijación de distintas formas de discapacidad intelectual, dando lugar a una dependencia infantil permanente, mayor que la estrictamente necesaria.*

Esta hipótesis nos permitió emprender la experiencia de aplicar el *psicoanálisis multifamiliar* a familias en las que la patología más evidente era un integrante con discapacidad intelectual. Es dable imaginar que, más allá de las causas fehacientemente comprobables (por ejemplo, las genéticas), la discapacidad misma puede ser generada y mantenida por una trama de interdependencias recíprocas patógenas.⁹ Sin entrar a discutir las limitaciones de las que se parte, dada la base orgánica de muchas discapacidades intelectuales, presuponemos que estas tramas impiden el desarrollo de todo el potencial intelectual y afectivo, que permanece, entonces, como un recurso sin desplegar.

Si la locura se manifiesta como un trastorno del pensamiento que aleja al enfermo de la realidad, la discapacidad in-

⁹ En este caso deberíamos llamarlas interdependencias “discapacitantes”, “retrasantes” o “atontantes”.

telectual puede describirse como un déficit del pensamiento que aleja y dificulta el trato con la realidad. En ambos casos el enfermo depende, en diverso grado, de terceros, generalmente familiares. En las distintas formas de discapacidad intelectual, la dependencia surge debido a la imperiosa necesidad de que alguien supla la distancia entre “lo poco” que conoce el discapacitado intelectual y lo necesario para enfrentar la vida satisfactoriamente. Así, la discapacidad intelectual *constituye un motivo de dependencia de por vida* —y cuanto más grave es aquel, más evidente se vuelve esta última—.

En base a estas ideas emprendimos la tarea. Pero el comienzo de esta experiencia después de haber trabajado durante más de 25 años como psicoanalista “clásico” parece implicar un giro en lo teórico y en lo técnico que, antes de cerrar este capítulo, merece algunos comentarios.

Como quedó dicho en el “Prólogo epistemológico-teórico”, la teoría de las interdependencias recíprocas significó para mí una apertura y un enriquecimiento que no me generó conflicto porque la sentí naturalmente acorde con mi formación previa.

No me resultó fácil, en cambio, convertirme en terapeuta coordinador de un grupo de psicoanálisis multifamiliar. Pero la experiencia, que ya lleva ocho meses,¹⁰ me está ofreciendo una perspectiva más que interesante. Mi tarea se enriquece además con el ateneo que realizamos los terapeutas después de cada reunión multifamiliar. Allí debatimos acerca de la técnica y acerca de los distintos “casos” (familias).

¹⁰ Hasta la fecha de la presentación de este libro, se ha extendido ya a lo largo de seis años.

Dos breves comentarios pueden servir para ejemplificar cómo fui pensando la teoría de la técnica. El primero se refiere a que a poco de andar comencé a comprender de otra manera por qué la psicoterapia multifamiliar puede ser profundamente psicoanalítica. Sucede que durante las sesiones y en el posterior ateneo, en tanto se trata de una experiencia nueva para mí, necesariamente tengo que tomar conciencia de lo que hago. Se me hizo evidente entonces que “lo psicoanalítico” radica fundamentalmente en el *encuadre interno*¹¹ con el que opero. Vistas “desde afuera”, las sesiones podrían no parecer de psicoanálisis; pero “desde adentro”, o cuando me veo en la necesidad de explicar el motivo de cada intervención, el sentido de cada pregunta, etcétera, resulta claro que –más allá del *encuadre externo*, tan distinto al “clásico”– el sustento es casi exclusivamente el psicoanalítico.

El segundo comentario se refiere a una sesión reciente¹² en la que me sentía particularmente desorientado y en la que pude comprobar que en estas reuniones multifamiliares, lo mismo que en las sesiones de psicoanálisis “clásico”, el mejor recurso es la atención flotante. Confiado en que ya llegaría la comprensión, sucedió que la intervención de un chico de 11 años (con perturbaciones, pero particularmente perceptivo) me ofreció la clave para entender lo que permanecía reprimido. La intervención del chico estaba formulada en cierto modo en proceso primario y no parecía referida a lo que le sucedía al grupo en su conjunto. Sin embargo, “traducida” a un lenguaje secundario, fue posible salir de la confusión. Este me resultó

¹¹ Utilizo el concepto en el sentido que le da V. Galli (2005) en “Psicoanálisis-psicoterapias psicoanalíticas. Sobre diferencias de grado y de cualidad”.

¹² Me refiero a noviembre de 2005.

un ejemplo particularmente claro de lo que Galli (1983, 1985) denomina el *trabajo del clínico*, un “trabajo” que, a semejanza del que realiza el aparato psíquico como trabajo del sueño, trabajo del chiste o trabajo del duelo, sintetiza elaboraciones conscientes e inconscientes con lo que le llega de distintas fuentes.

.....

Evidentemente, lo que comenzó explícitamente como experiencia piloto demostró su validez y se transformó en una tarea sin fecha preestablecida de finalización.

Se trata por cierto de un trabajo complejo, lleno de matices y vicisitudes que lo hacen atractivo, inquietante, polémico y, por eso mismo, digno de ser contado.