

**PENSAMIENTOS PARA
UNA EVALUACIÓN EN CURSO**

I. Introducción

Cuando en 2006, un año y medio después de haber abierto el grupo multifamiliar en CPSEA, relatamos nuestra experiencia (ver Capítulo 2) y obtuvimos el premio *Comunidad y Cultura* otorgado por FEPAL, el Dr. Marcelo Viñar, que había sido miembro del jurado, en diálogo amistoso e informal, nos dijo que a él le había costado premiar un trabajo referido a una tarea que aún no llevaba dos años de antigüedad. Agregó que él pensaba que una experiencia como la nuestra, arriesgada y novedosa, podría evaluarse con mayor realismo recién a los cinco años de comenzada.

Hoy, próximos a cumplir seis años, publicamos este libro con una serie de relatos que, en su conjunto, ofrecen una visión panorámica más amplia de nuestra experiencia. De alguna manera, así se cierra una etapa, y la perspectiva posibilitada por el tiempo transcurrido lleva implícita *una evaluación*.

No caben dudas de que estamos satisfechos. Hemos aplicado conceptos fundamentales de diversos autores aportando ejemplos que nos parecen convincentes. Hemos encontrado respuestas a algunas de nuestras preguntas iniciales y hemos desarrollado algunos puntos teórico-clínicos.

Sin embargo, como es natural, lo que más nos importa ahora es que *nos han surgido nuevos interrogantes e inquietudes y la consecuente necesidad de, por lo menos, iniciar el camino para hallar las respuestas*.

Si bien el psicoanálisis multifamiliar es hoy ampliamente aceptado, no por eso ha dejado de provocar polémicas. Muchos se preguntan si cabe llamarlo psicoanálisis, si como terapia es efectiva, si se logran cambios duraderos, si se puede aplicar el psicoanálisis a situaciones tan graves como la que se abordan con este dispositivo, etcétera.

Las preguntas pueden ser muchísimas y las polémicas, interminables. Algunas –preguntas y polémicas– se deben a rechazos incomprensibles; otras, a un saludable escepticismo que genera cuestionamientos auténticos.

Un tema que surge con mucha frecuencia entre los colegas que trabajamos en diferentes grupos de psicoanálisis multifamiliar es la necesidad de evaluar procesos y documentar cambios psíquicos para contar con “pruebas” que “sirvan como demostración” de los beneficios del dispositivo.

La evaluación de los procesos terapéuticos es, naturalmente, un tema que nos interesa sobremanera. Y dado que nosotros no tenemos particular vocación por el método estadístico y por la “medición” de resultados, hacemos nuestro aporte a través de la casuística.⁴⁶

A nuestro parecer, *los casos* que presentamos en este libro son elocuentes en cuanto a que el dispositivo multifamiliar produce efectos beneficiosos. No nos caben dudas de que moviliza estructuras a veces anquilosadas por años y pone en marcha cambios que entusiasman. Lo que nos preocupa es *por qué con tanta frecuencia los procesos se interrumpen justamente cuando se comenzaban a percibir cambios promisorios*.

Como respuesta se nos ocurren cuatro motivos posibles, que, dicho sea de paso, son válidos para explicar la interrupción de cualquier proceso psicoterapéutico.

Una posibilidad es que se trate de *reacciones terapéuticas negativas (RTN)*. De acuerdo con el concepto de Freud (1923b), estas reacciones tienen lugar cuando la teoría, la técnica y su aplicación son correctas, pero el paciente, contrariamente a lo

⁴⁶ Acerca del valor de los casos, nos acompañan los argumentos de Cecilia Hidalgo (2010) en su trabajo “Casos y casuística en la investigación social”.

esperado, reacciona mal y empeora cuando debería mejorar.

Una segunda posibilidad es que la teoría y la técnica sean buenas, pero por *falla de los operadores*, el resultado no es el deseable.

Podría ser también, como *tercera posibilidad*, que la teoría misma o la técnica que de ella deriva, o ambas, contuvieran errores que provocan las interrupciones inesperadas.

La cuarta posibilidad es de otro orden. No es que algo anduvo mal: todo anduvo y sigue bien, pero nosotros pensamos que no, y lo hacemos por el solo hecho de que los pacientes no asisten más a las reuniones. En este caso, lo equivocado sería nuestra evaluación.

Digamos, sin ninguna originalidad, que es casi seguro que los cuatro factores operan combinados de los modos más diversos, y que en cierta medida todos ellos son inevitables. Sin embargo, nuestro deseo y nuestra responsabilidad siguen siendo reducir al máximo los riesgos de error y de fracaso. Por eso parece conveniente reflexionar sobre las cuatro posibilidades señaladas.

2. La RTN en el psicoanálisis multifamiliar

Es necesario aquí realizar un repaso prolijo del concepto psicoanalítico de reacción terapéutica negativa. Freud (1923b) afirma que “hay pacientes que se comportan de manera extrañísima en el trabajo analítico”, porque frente a los progresos de la cura, *empeoran en lugar de mejorar*. Atribuye esta respuesta adversa a la acción de sentimientos de culpa incoercibles, acerca de los cuales el paciente no sabe nada —son inconscientes—, y que sólo se manifiestan como un rechazo a la curación, como un no querer estar bien. Es decir que el paciente, aun-

que no se siente conscientemente culpable, se comporta como si lo dominara una *necesidad de castigo* que lo condena a sufrir.

Como única solución posible, Freud propone el camino analítico: procurar que, paso a paso, se vaya haciendo consciente el sentimiento de culpa. Vislumbra más posibilidades de éxito en los casos en que el sentimiento de culpa es *prestado*. Se refiere con ello a que arraiga en la identificación con una persona que había sido objeto de amor.

En cambio, cuando el sentimiento de culpa no es prestado sino *propio*, diríamos, cuando proviene de las identificaciones más tempranas de la historia o de la “prehistoria” individual —o sea, de las identificaciones más nucleares de la identidad—, la dificultad puede ser insuperable. Depende, dice Freud, “de la intensidad del sentimiento de culpa”, y el principal motivo de la impotencia analítica radica en que muchas veces la terapia no puede oponerle a ese sentimiento “una fuerza contraria de igual orden de magnitud” (Freud, 1923b, pág. 51).

Para contar con una fuerza así, el analista debería ponerse en el lugar del ideal del yo del paciente y, en los hechos, “desempeñar frente al enfermo el papel de profeta, salvador del alma, redentor”; pero “las reglas del análisis desechan de manera terminante semejante uso de la personalidad médica”.

Nuestra experiencia en estos años de labor nos permite corroborar estos asertos de Freud. Nos da la impresión, incluso, de que en nuestro campo de trabajo sus observaciones son aún más evidentes, porque *tenemos ante nosotros al paciente y a sus “objetos primarios”*, aquellos con quienes se configuraron las identificaciones más tempranas.

Tomemos el ejemplo de Aníbal y su familia que se narra en el Capítulo 5.

Podríamos decir que cuando Aníbal efectivamente estaba mejorando en su terapia, produjo una reacción terapéutica negativa: a diferencia de lo que había ocurrido antes, cuando insistió para ser atendido en tratamiento individual, en los últimos tiempos se hacía cargo, sumiso, de las excusas que ponía la madre para justificar las inasistencias primero y la interrupción de tratamiento después. De acuerdo con la descripción freudiana, esta actitud es, sin duda, “extrañísima”, porque Aníbal estaba mejorando y se abrían para él múltiples posibilidades de crecimiento y progreso; además, se lo veía contento. ¿Por qué no pudo “permitirse” esos cambios?

Con el dispositivo psicoanalítico clásico del tratamiento individual, que apunta a la interioridad del paciente, Freud observó la crueldad del superyó: surgido de las identificaciones tempranas, oprime al yo con sentimientos de culpa inconscientes manifestados como necesidad de castigo.

Estas afirmaciones metapsicológicas, que parecen deducciones alejadas de las vivencias, cobran para nosotros carnadura al tener la posibilidad de observar a la familia “en vivo”. Podría decirse que vemos escenificadas en nuestro campo de trabajo las relaciones vinculares que Freud “veía” en el escenario del inconsciente de sus pacientes. La ocasión se torna propicia, entonces, para desplegar lo que el fundador del psicoanálisis condensó en expresiones como “superyó”, “ideal del yo” o “sentimientos de culpa”.

Sobre el origen de esas instancias, digamos que en las sesiones multifamiliares podemos ver cómo se gestan el superyó y el sentimiento de culpa: se asientan sobre vínculos muy significativos que operaron en la infancia y, en el caso de nuestros pacientes, esos vínculos –hiperintensos, inmodificados y en relación con las mismas personas– continúan operando aún en el presente. Como materialización de esos vínculos, hemos

visto a un mismo paciente, por momentos, acusado por un superyó sádico y, por momentos, transformado él mismo en acusador implacable.

Sobre cómo se siente la culpa: en el campo vincular puede observarse que más que como vivencia de haber hecho algo mal, los sentimientos de culpa se experimentan como si se le estuviera haciendo daño a un ser querido, y se sintiera terror de que ese objeto dañado se vuelva en contra y, vengativamente, provoque un daño mayor al ocasionado. Se trata, como es notorio, de las dos formas de la culpa que de manera tan acertada describió la escuela kleiniana: la culpa depresiva y la culpa paranoide.

En lo que relatamos de Aníbal, se ve con claridad lo que pudimos observar en muchas sesiones de psicoanálisis multifamiliar, tanto en el propio Aníbal como en otros muchos pacientes: a) la culpa depresiva, el sentimiento de que con sus cambios hacía sufrir a la madre, la traicionaba, la abandonaba sola en el dolor y la depresión; y b) la culpa paranoide, el sentimiento de terror paralizante ante lo que la madre podría llegar a hacer si él no se sometía a sus mandatos. Y allí, delante de nosotros, los sentimientos de Aníbal se veían retroalimentados por lo que provocaba en Aníbal la presencia de su madre, Marcia. Es interesante acotar (y esto nos da pie para entrar en el próximo punto) que en las vivencias contra-transferenciales de los miembros del equipo podían reflejarse tanto el miedo que generaba Marcia con su mirada y su actitud amenazante, como la piedad que despertaba su endeblez, oculta detrás de su frágil caparazón.⁴⁷

⁴⁷ Deberá quedar para otra ocasión el debate acerca de si es más fácil resolver el conflicto con un objeto de la fantasía o con un objeto que, además, se nos presenta ante los sentidos. Hay quienes dicen que es más

3. Los errores de aplicación y los de la teoría

Si examinamos en conjunto los posibles errores en la teoría y/o en la técnica y las posibles fallas en nuestro modo de aplicarlas —o sea, la segunda y la tercera de las explicaciones que imaginamos para las interrupciones prematuras— es porque para ambas eventualidades tenemos los mismos recursos: el trabajo en equipo y el ateneo inmediatamente posterior a las reuniones multifamiliares.

Ambos, el trabajo en equipo y el ateneo, se imbrican y complementan entre sí, y tal vez a lo largo de este libro no hemos subrayado lo suficiente la importancia que tienen para nosotros. Gracias a ellos, *los límites de lo posible* se han vuelto un poco menos estrechos en nuestro trabajo. Por eso creemos conveniente que explicitar sus funciones.

a. Ante todo, el ateneo es un *taller de autoconstrucción del grupo*. Como se puso en evidencia en los sucesivos capítulos, es casi imposible que el trabajo con grupos multifamiliares lo coordine una sola persona. La red que se construye durante las sesiones y en el ateneo es una red de pertenencia y, en ese sentido, es una red emocional; pero no sólo eso. El grupo de trabajo, como todo grupo operativo (Pichon Rivière, 1971), se *mantiene ligado gracias a la tarea que se realiza en conjunto*.

b. En segundo lugar, el ateneo funciona como *taller de evaluación clínica*, en parte porque nos preguntamos si estamos utilizando bien los procedimientos de la técnica del psicoaná-

fácil procurar salir del círculo de influencia de un objeto presente, percibido con los sentidos, que pelear con un objeto de la fantasía, el cual, por estar idealizado, tiene los máximos poderes. Otros piensan, en cambio, que la presencia del objeto sufriente y/o temido tiene toda la fuerza que le otorgan los recuerdos más la fuerza que le otorga la percepción, con lo cual las vivencias adquieren visos de objetividad.

lisis multifamiliar; pero sobre todo porque nos ofrece la posibilidad de preguntarnos a fondo cómo entendemos a cada paciente, en especial en los momentos críticos. En este aspecto funciona como *supervisión* o, mejor aún, como *segunda mirada*, cuando la conformación de un “baluarte” en el “campo analítico” lleva a que el proceso se entorpezca o se detenga (Baranger, W., 1979, 1982; Baranger, M. y W. y Mom, 1982).

Detengámonos en este punto. Creemos profundamente en que el mejor instrumento que tenemos para conocer al semejante es la observación de nuestras propias vivencias surgidas en el vínculo con él. En otras palabras, creemos en el uso instrumental y responsable de la contratransferencia (Racker, 1960).

El uso instrumental de la contratransferencia es todavía un tema controvertido, sobre todo porque se subraya el riesgo de que una subjetividad excesiva distorsione la comprensión y el proceso todo. Nosotros nos ubicamos, sin embargo, a mucha distancia de *el mito del observador no participante*. Y justamente por eso, porque sabemos que es imposible no involucrarse, partimos de aceptar todas las afectaciones contratransferenciales expresadas por los terapeutas del ateneo. Esta aceptación de partida no implica que queramos montar una historia como una sumatoria incoherente o un *collage* contemporizador. Tampoco significa que nos vamos a quedar con “una” perspectiva por considerarla más ecuánime u objetiva. Pensamos que la “verdadera” objetividad no radica en que uno capte mejor que otro “lo que pasa”, sino en que *podemos construir un “buen” reflejo de la realidad amalgamando los diferentes puntos de vista sin descartar lo que provisoriamente no logramos integrar*. Más de una vez, lo que al principio no podíamos integrar terminó siendo la clave que permitió aperturas no imaginadas.

La experiencia nos fue confirmando la utilidad del ateneo como taller clínico, como ámbito de evaluación, de supervisión, de segunda mirada. Ha decantado en nosotros la convicción de que cuando juntos escuchamos la historia de una persona o una familia, *constituimos un poliedro de muchas caras*, cada una de las cuales refleja desde un ángulo particular, un poco diferente al de las facetas vecinas, *una historia llena de las más variadas significaciones, propias de la hipercomplejidad de la vida*.

c. En tercer lugar, el ateneo se desarrolla como un *taller de elaboración teórica* donde todo lo hecho durante una sesión multifamiliar puede ser revisado y repensado sin temor de aceptar los errores, pero también sin temor de valorar los aciertos. La posibilidad de pensar juntos y la necesidad de argumentar para dar cuenta de por qué tal enfoque o intervención pudo ser un error o un acierto nos obligan a recurrir a la teoría.

No decimos esto porque “queda bien”. La verdad es que gran parte de este libro —a saber, los Capítulos 2, 3, 4, 5 y 6— es en una medida significativa el “producto” de esos ateneos.

d. Por último, como ya dijimos en el Capítulo 2, el ateneo es un taller de enseñanza y aprendizaje de psicoanálisis. Durante mucho tiempo, la única manera de ver a un analista trabajando era... siendo paciente. Después, con la posibilidad de realizar coterapias con colegas, por ejemplo en la atención de familias, fue posible ver en vivo a un compañero trabajando como analista. La multifamiliar y el ateneo posterior son un ámbito privilegiado que, a semejanza del taller del artesano, permite verse *a uno mismo, ver a los otros y ser visto trabajando*.

Unas palabras adicionales sobre este punto, al margen del trabajo en equipo y el ateneo. Creemos que la publicación de

este libro es una forma más de evaluación tanto de la teoría como de la manera de aplicarla. Ojalá su lectura promueva debates, polémicas, incluso cuestionamientos y/o refutaciones de nuestras observaciones e hipótesis, que nos induzcan a volver a pensar. Si así fuere, ojalá nosotros tengamos la capacidad de escuchar para integrar lo que resulte acorde y para mantener a un costado, pero presente, lo que por el momento no nos convence, pero tampoco podemos rebatir con argumentos válidos.

4. Los errores de evaluación

Veamos, por último, lo que llamamos un posible error de nuestra evaluación cuando pensamos que un paciente abandonó prematuramente la terapia.

Como analistas con muchos años de experiencia, sabemos acabadamente cuán vapuleado puede ser el argumento de *las resistencias*, que se presta para ser usado toda vez que el paciente piensa o actúa distinto a lo que piensa o desea el analista.

No por eso deja de ser cierto que son muchísimas las ocasiones en las que un paciente abandona por resistencias propias, compartidas o no con los miembros de la familia en la que se juegan las interdependencias. Son los fracasos que duelen; y siempre será poco todo lo que se haga para progresar en el conocimiento de manera de evitarlos.

Pero lo que nos interesa subrayar ahora es que algunas veces, aunque sean pocas, el paciente abandona y nosotros lo lamentamos, porque estamos convencidos de que se debe a resistencias muy perjudiciales; sin embargo, un tiempo después, nos sorprende agradablemente comprobar —ya sea por-

que el paciente vuelve o porque tenemos noticias de él por alguna vía cualquiera—que el proceso de cambio no se detuvo con el abandono. Habíamos contabilizado como fracaso lo que continuó operando saludablemente, aunque lejos de nuestra mirada y de nuestra posibilidad de intervención directa.

Como psicoanalistas sabemos que todo emprendimiento —y más aún cuando es complejo— echa sus raíces en las más variadas motivaciones, de las cuales solo algunas, y solo en parte, son conscientes. Lejos estamos de saber entonces por qué elegimos trabajar con situaciones tan problemáticas y tan complejas que nos llevan a sentir que estamos siempre en *los límites de lo posible*.

Sin embargo, en estos y en todos los casos en que sentimos que nuestra manera de practicar el psicoanálisis contribuye a disminuir el sufrimiento innecesario ocasionado por las multifacéticas versiones del padecer psicológico, nuestro ánimo encuentra un punto de apoyo que nos permite cobrar nuevas fuerzas para una tarea inconmensurable, cuyos confines radican en nuestros propios límites.

Llevamos muchos años de trabajo como para saber que no siempre vamos a llegar a los objetivos que deseamos. Nos basta con proponernos estar atentos y no dejar pasar la oportunidad de vivir la alegría de ser útiles para alguien que nos necesita para florecer.