



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



El Psicoanálisis Multifamiliar y la especificidad del rol terapéutico

Trabajo Final de Grado

Estudiante: Gabriel Andrés Maruri D'Espaux

Tutora: Lic. Psic. Laura de Souza Alonso

Instituto de Psicología Clínica

Febrero de 2015

Índice

Agradecimientos

Resumen

Introducción.....	1
Cap. I Antecedentes históricos del Psicoanálisis Multifamiliar.....	2
1.1 Terapias de Grupo.....	2
1.2 Terapia Familiar y Terapia Sistémica.....	4
1.3 Los inicios en el Río de la Plata.....	5
Cap. II El Psicoanálisis Multifamiliar.....	8
2.1 Conceptos fundamentales para el Psicoanálisis Multifamiliar.....	8
2.1a La concepción de la enfermedad mental.....	9
2.1b Interdependencias recíprocas normogénicas y patógenas.....	12
2.1c Objeto enloquecedor.....	13
2.1d Recursos yoicos genuinos.....	15
2.2 Características del Grupo Multifamiliar como dispositivo terapéutico.....	16
2.2a Un contexto comunitario solidario.....	17
2.2b Familia ampliada.....	18
2.2c Mente ampliada.....	20
Cap. III El trabajo del terapeuta desde el Psicoanálisis Multifamiliar.....	22
3.1 Rescatar la virtualidad sana.....	23
3.2 Trabajar en interdependencia.....	26
3.3 Interdependencia y transferencia.....	29
3.4 Interdependencia y neutralidad.....	35
Reflexiones Finales.....	39
Referencias Bibliográficas.....	42
Anexos	

Agradecimientos

Este trabajo es posible gracias a la experiencia realizada formando parte del equipo del Laboratorio Uruguayo de Rehabilitación CIPRES, el cual que me abrió sus puertas brindándome sin recelo toda su experiencia además de su apoyo y solidaridad. A todo su equipo mi agradecimiento.

Agradecer también a mi tutora quien con la mejor disposición supo aportarme sus ideas, aconsejarme y animarme acompañando el proceso de este trabajo.

A mis familias por el infinito apoyo incondicional que siempre me han brindado, sin el cual hubiese sido imposible la finalización de mis estudios de grado y tantas cosas más...

Resumen

El presente trabajo propone realizar un recorrido de carácter exploratorio sobre la teoría y práctica del Psicoanálisis Multifamiliar, deteniéndose especialmente en algunas de las particularidades que este dispositivo plantea al quehacer del terapeuta. El Psicoanálisis Multifamiliar desarrollado por el Dr. Jorge García Badaracco a partir de la década del 60 plantea una nueva forma de abordaje de las patologías mentales graves, basada en una concepción de la enfermedad mental desde la cual se entiende al paciente como emergente de una trama familiar que ha enfermado. Se plantea una modalidad de trabajo grupal con varias familias donde la tarea del terapeuta reside en desarmar los modos vinculares patógenos de cada familia, utilizando para ello el contexto multifamiliar como catalizador de los procesos que se busca fomentar. Esta nueva modalidad de abordaje a las patologías graves supone grandes desafíos para el terapeuta quien deberá moverse en una trama de interdependencias recíprocas patológicas, tanto familiares como grupales, ocupando distintos roles y posiciones transferenciales para lograr desarmar dichas tramas y construir junto al grupo otras nuevas, promotoras de salud.

Palabras clave: Psicoanálisis Multifamiliar, Jorge García Badaracco, Interdependencias recíprocas, Identificación patógena, virtualidad sana, CIPRES, Recursos yoicos genuinos.

Introducción

La monografía que se presenta a continuación remite al Trabajo Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

El objetivo de este trabajo, de carácter exploratorio, se centra en dar cuenta, mediante una revisión bibliográfica amplia, de las particularidades del Psicoanálisis Multifamiliar así como de la forma en que estas condicionan el trabajo del terapeuta.

Mi interés en el tema surge a partir de la experiencia realizada en el marco de las pasantías de la Facultad de Psicología, a través de la cual tuve oportunidad de integrarme al equipo de trabajo del Laboratorio Uruguayo de Re-Habilitación CIPRES. Allí tomé contacto con la teoría del Dr. Jorge García Badaracco (ver Anexos), al tiempo que pude familiarizarme con el dispositivo Multifamiliar en el tratamiento de pacientes graves. Esta experiencia abrió nuevas perspectivas en torno a las posibilidades de mejoría de dichos pacientes mediante tratamientos psicoterapéuticos, así como también despertó nuevas interrogantes y la necesidad de profundizar en el estudio del tema.

Esto ha resultado particularmente interesante desde el punto de vista de los Derechos Humanos dado que se trata de una población que históricamente se ha visto vulnerada y rezagada en cuanto al ejercicio del derecho a la Salud Mental, el cual a su vez trae aparejado, en los hechos, la pérdida de muchos de los principales derechos que hacen al ejercicio de la ciudadanía, como es la inserción laboral, académica o la participación activa en actividades sociales y culturales, entre otras.

Por otro lado, dado la implementación de los grupos psicoterapéuticos en el Sistema Nacional Integrado de Salud, abarcando entre otras poblaciones a los pacientes graves, podría pensarse que el Psicoanálisis Multifamiliar resultaría una modalidad terapéutica adecuada para los mismos, ya que este viene siendo utilizado, tanto en Argentina desde la década del 60, como en nuestro país desde hace más de diez años, con resultados alentadores, mejorando la calidad de vida de pacientes y familiares.

En el primer capítulo me ocuparé de realizar un breve recorrido histórico que de cuenta de las condiciones y el contexto sobre el que se construye el Psicoanálisis Multifamiliar. De esta forma se comenzará por el nacimiento de las terapias de grupo y la inclusión del psicoanálisis a las mismas, luego la aparición de las terapias de familia y las teorías que involucran a la misma en el desarrollo de la psicosis, así como los desarrollos sistémicos sobre el funcionamiento familiar. Posteriormente se presenta un breve panorama sobre la situación de la terapia de grupo en el Río de la Plata y los inicios del Psicoanálisis Multifamiliar, así como la influencia que esto produjo en el Uruguay.

El segundo capítulo versa sobre las características más relevantes del Psicoanálisis Multifamiliar mediante el abordaje de algunos de los conceptos fundamentales y necesarios para entender sus particularidades. Allí se explican estos conceptos dando cuenta a su vez de las influencias y desarrollos anteriores sobre los que se apoyan.

En el tercer capítulo se abordarán algunas de las particularidades del Psicoanálisis Multifamiliar que tienen efecto directo sobre el trabajo del terapeuta, tanto las relativas al dispositivo como las provenientes del cuerpo teórico que lo sustenta. A través de ello se intentará dar cuenta de la especificidad y las características del abordaje terapéutico de estos grupos.

Capítulo I

Antecedentes históricos del Psicoanálisis Multifamiliar

1.1 Terapias de Grupo

Las dinámicas grupales han sido parte de la historia de la humanidad, desde las prácticas comunitarias de descarga catártica, ritos religiosos, mágicos, festividades y espectáculos deportivos entre otras. Muchas de estas actividades son de naturaleza terapéutica como es el caso de los ritos chamánicos, el mesmerismo del SXVIII o los peregrinajes de la iglesia católica (Portillo, 2000).

Es interesante que, como expresa Vaimberg (2012) al respecto de estos antiguos métodos de curación, algunos de ellos brindan un importante grado de insight, pudiendo basarse su poder curativo tanto en las representaciones de los hechos traumáticos como en la belleza de los bailes, los ritos y la música. A este tipo de procedimientos los llama “de choque psíquico o psicodrama”. Las herramientas que éste autor adjudica al “curador” primitivo son su personalidad, el poder “psicosomatista” y el contexto cultural que respalda su accionar y status.

Sin embargo se coincide (Badaracco, 2000; González, 1999; Grinberg, Langer & Rodrigué, 1961; Portillo, 2000; Vaimberg, 2012) en que la terapia grupal como tratamiento dirigido por un profesional nace en el SXX en los Estados Unidos con las “clases de salud” del Internista Joseph Hersey Pratt (1872-1956) para pacientes tuberculosos del Hospital General de Massachusetts. En 1905 Pratt utilizó el abordaje grupal para combatir la desmoralización de los pacientes. En estas instancias impartía información sobre el padecimiento promoviendo un clima de cooperación y solidaridad utilizando la persuasión y la sugestión como herramientas terapéuticas. Allí observó que el proceso grupal por sí mismo parecía tener efecto terapéutico.

Estas experiencias fueron extendidas a varios otros campos de la salud tanto por Pratt como por otros profesionales, aplicándose entre otros al tratamiento grupal de pacientes esquizofrénicos y maníaco depresivos hospitalizados (Portillo, 2000).

Según González (1999) los métodos que se basan en este modelo se denominan terapias exhortativas paternas. Estas actúan "por" el grupo, es decir que utilizan las emociones colectivas sin tratar de comprenderlas. En estos casos el grupo es utilizado como un medio para influir a los

integrantes en pos de la consecución de una finalidad terapéutica.

En la década del 30 se desarrollaron varias teorías resultado de la utilización del grupo. A este respecto Vaimberg (2012) explica:

La utilización de pequeños grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad, comenzó en los EE.UU. en la década de los años treinta del siglo pasado, con los trabajos de Louis Wender, Paul Schilder, Jacob Levy Moreno, Samuel Slavson, Fritz Redl y Alexander Wolf. (p.8).

Dentro de estas terapias de grupo algunos autores introdujeron la interpretación en la situación colectiva priorizando el insight como fundamento del cambio terapéutico y dirigiendo las interpretaciones hacia cada individuo. Este tipo de psicoterapias son las llamadas “en grupo” (Vaimberg, 2012).

En la segunda guerra mundial aparece la Psicoterapia “de grupo” cobrando gran impulso y popularidad; dado el creciente número de pacientes en relación al reducido número de médicos, los psiquiatras militares Británicos y Estadounidenses se vieron obligados a recurrir a este dispositivo.

Bion (1979) psiquiatra y psicoanalista kleiniano, comenzó a trabajar con grupos de soldados con neurosis de guerra. En su concepción entiende que confrontar al grupo como unidad con sus fantasías inconscientes compartidas es el objetivo principal de este tipo de trabajo. A su entender los grupos tienen una actividad consciente tendiente a la cooperación (grupo de trabajo) y otra inconsciente (supuesto básico) que se opone a la primera.

Este autor describe tres supuestos básicos fundamentales que conforman las modalidades grupales. Estos son: el modelo de “Dependencia”, de “Ataque y fuga” y de “Apareamiento”.

Al grupo de Dependencia lo describe como aquel que se establece alrededor de un líder carismático mediante el cual el grupo intenta obtener protección y sostén, así como nutrirse material y espiritualmente. El modelo de Ataque y fuga es el del grupo que se junta para luchar contra algo o huir de algo. En esta modalidad será aceptado el líder que pueda obtener del grupo la eficacia para aprovechar las oportunidades para agredir o escapar. El modelo de Apareamiento es opuesto al de Ataque y fuga debido a que, en lugar de sentimientos de odio y destrucción, los hay de esperanza. Se produce cuando debido a un emparejamiento entre sus miembros se gesta una idea mesiánica. Esto se traduce en sentimientos esperanzadores y optimismo con respecto al futuro del grupo.

Otro de los pioneros en la terapia de grupos psicoanalítica fue Sigmund Foulkes, psiquiatra y psicoanalista británico, quien propone que se debe trabajar privilegiando al grupo por sobre las individualidades, en el entendido de que si se cuida al grupo cada individuo se cuidará a sí mismo. Integra a su trabajo clínico, además del psicoanálisis, la psicología de la Gestalt y la Sociología, y considera al grupo como un todo. Tanto Sigmund Foulkes como Wilfred Bion, James Anthony y Henri Ezriel comparten los postulados básicos de la psicoterapia de grupo y son los principales exponentes de lo que se conoce como la Escuela Inglesa de Psicoterapia de Grupo (citados en González, 1999).

Hacia mediados del siglo pasado, Maxwell Jones en Inglaterra hace aportes importantes a la idea de

la comunidad terapéutica que serán retomados por el creador del Psicoanálisis Multifamiliar. Este autor considera que es muy importante observar al paciente en un medio social ordinario y familiar para entender sus formas de relacionarse. Entiende que si en ese mismo ámbito se puede hacer al paciente tomar conciencia del efecto de su comportamiento y además acercarse a comprender las motivaciones del mismo, esto se transforma en una situación potencialmente terapéutica. Pone el énfasis en los efectos socializantes de la cultura grupal, y en la importancia de que la institución habilite al paciente a desarrollar roles sociales en esa comunidad. Además considera que la responsabilidad sobre el tratamiento debe ser compartida por los profesionales y los pacientes (citado en Badaracco, 1986).

1.2 Terapia Familiar y Terapia Sistémica

Badaracco (2000) entiende que el primer antecedente acerca de la influencia que tiene la familia sobre el funcionamiento psicológico de los niños corresponde a la teoría de la seducción sexual traumática que Sigmund Freud desarrolló a comienzos del siglo XX y que abandonó posteriormente.

Esta teoría sin embargo fue retomada por Sándor Ferenczi quien en 1932 continúa los desarrollos en ese sentido. Ferenczi concibe que tanto el amor y la sensación de seguridad, como la relación temprana madre-niño son esenciales para el crecimiento saludable y el desarrollo psicológico del individuo (citado en Mészáros, 2012).

A partir de estos desarrollos comienza a tomar fuerza la idea de que la influencia familiar tiene un lugar relevante sobre las patologías del individuo. David Levy estudió el poder patógeno de la sobreprotección materna y es de los primeros en establecer alguna relación entre los rasgos patógenos de la madre y las patologías en los hijos (citado en Ortega, 2001).

En 1948 Frieda Reichman arriba al concepto de madre esquizofrenógena subrayando la ambivalencia de este tipo de madre con relación al hijo en cuanto sobreprotectora y seductora, al mismo tiempo que dominante, fría y rechazante (citado en Vidal, 2001).

En la década del 50 aparece el concepto de “ligadura simbiótica” o “doble ligadura” el cual refiere a que la simbiosis entre madre e hijo se entiende como un fenómeno de doble sentido necesario para ambos integrantes de la pareja y donde la ruptura de la misma es vivida como una amenaza por ambos. El mantenimiento de esta simbiosis comienza a ser vinculada por algunos autores con el desarrollo de la esquizofrenia (Badaracco, 2000).

Hasta esta época se habían estudiado aspectos parciales en relación a la influencia de la familia sobre las patologías individuales, pero entonces se empezó a considerar a la familia como una unidad bio-psico-social para su estudio y tratamiento. Es a partir de la segunda mitad del SXX que con estos antecedentes comienzan a desarrollarse la terapia familiar y terapia sistémica.

Así algunos autores comenzaron a considerar a la familia, entendida ahora como una unidad, en el tratamiento de la esquizofrenia, comprendiendo al enfermo como un miembro sintomático de una

patología familiar general. En este sentido comienza a concebirse la existencia de una falla en las figuras parentales quienes no podrían desarrollar un rol dinámico y complementario que cubra las necesidades afectivas necesarias de los hijos. De esta manera, se llega a considerar que las relaciones familiares patológicas constituyen un factor causal de gran importancia en la esquizofrenia.

En la década de los años 60 en los Estados Unidos Nathan Ackerman fundó el Family Institute de Nueva York para tratar familias e instruir a los profesionales (citado en Badaracco, 2000). Trabajando en el mismo sentido, Don Jackson (1984) describió el concepto de “homeostasis familiar”, mediante el cual se explica que las familias establecen un sistema de reglas para mantener un equilibrio determinado. Para mantener ese equilibrio ante los cambios del entorno la estructura familiar debe ir adaptándose a las nuevas situaciones. Esto quiere decir que el equilibrio no es estático sino dinámico y se mantiene por mecanismos de retroalimentación. Los patrones familiares destinados a mantener el equilibrio pueden ser más flexibles, o más rígidos. Cuanto más rígidos sean estos patrones, menos saludable sería el núcleo familiar.

Más adelante junto a Bateson (1972) y colaboradores desarrollaron la teoría del “doble vínculo” en la génesis de la esquizofrenia, la cual junto a la hipótesis de la homeostasis familiar son pilares en la terapia familiar sistémica. Esta teoría plantea que en la comunicación entre los seres humanos hay distintos niveles lógicos entre los cuales puede haber conflictos de tipo paradójico cuando se emiten órdenes o mensajes emocionales contradictorios en diferentes niveles comunicacionales.

1.3 Los Inicios en el Río de la Plata

Durante la década del 40 Pichón-Rivière inicia las primeras prácticas con grupos en el Hospicio de las Mercedes en Buenos Aires. Tras un paro de enfermeros decidió capacitar a familiares y pacientes con el fin de mantener el servicio en funcionamiento. En esa experiencia pudo observar que a través de otorgarles una tarea a los pacientes se producían notables mejoras en su estado de salud mental. Posteriormente comenzó a visualizar cómo la estereotipia de los roles en el grupo, y particularmente en la familia, podía ser causante de la enfermedad mental (citado en Macchioli, 2009).

Pichón-Rivière (1985) define a la familia como una estructura social básica que se configura en la interrelación de roles específicos y entiende que la misma es el modelo natural de la situación de interacción grupal. Explica que mediante la estructura relacional de la familia se internaliza un modo vincular que contribuye a la construcción del mundo interno del sujeto. Los objetos internos introyectados (imágenes) configuran ese modelo relacional, o modelo dramático, que porta cada uno de los integrantes y que se pondrá en juego en la dinámica grupal. De este nivel implícito dependerán los argumentos que se construyan en los grupos y la adjudicación de roles en función de la tarea. Define cuatro roles básicos en un grupo: líder, portavoz, saboteador y emisario. Cuanto más dinámicos sean estos roles más sano será el grupo y viceversa.

Este autor fue según Badaracco (1978b) uno de los primeros en comprender que el individuo que enferma es un emergente de un grupo familiar enfermo. También entendió que la enfermedad mental opera como denunciante de la situación de depositación masiva de contenidos desagradables sobre un integrante y la consecuente segregación de la cual el mismo es objeto.

En la década del 60 al hacerse cargo de una sala de pacientes psiquiátricos del Hospital Borda y frente a las dificultades que presentaban las condiciones deficitarias en cuanto a la relación entre el personal y los pacientes, Badaracco (2000) comienza a realizar reuniones de encuadre espontáneo que irán dando forma a lo que posteriormente fue el Psicoanálisis Multifamiliar. Así comenzó a reunir en una sala a todos los pacientes, enfermeros, familiares, médicos y psicólogos que quisieran participar, con la consigna de conversar sobre temas de la vida cotidiana que les preocuparan, como podían ser la salud y enfermedad, las relaciones personales o los vínculos familiares, entre otros. Concibe a estos grupos como un laboratorio para investigar la psiquis tanto de los “enfermos” como de los “sanos”. Dada su formación psicoanalítica comienza a profundizar sobre lo psicopatológico individual tanto como lo relacional y a desarrollar su concepción particular de comunidad terapéutica de orientación psicoanalítica donde lo multifamiliar comienza a tomar forma.

Allí logró importantes resultados dado que la mayoría de los pacientes de su sala, considerados enfermos crónicos, fueron dados de alta antes de finalizar ese año. De esa forma comienza a dibujarse y a tomar fuerza el grupo multifamiliar como soporte de su concepción terapéutica. Sobre este irá desarrollando su teoría donde el proceso terapéutico ocupa el centro de la actividad asistencial (Mascaró, 2005).

Paralelamente Carlos Sluzki, que vinculado con el Mental Research Institute viaja a Estados Unidos en 1965 para entrenarse en terapia familiar, fomentó en los años posteriores la implantación del paradigma sistémico en Buenos Aires, del cual el creador del Psicoanálisis Multifamiliar integra conceptos fundamentales (citado en Macchioli 2012).

Entre los años 60 y 70 se habían establecido en el ámbito rioplatense cuatro modelos teóricos sobre la familia: el modelo pichoniano donde se aborda a la familia como un grupo operativo; los desarrollos de Isidoro Berenstein que se ocupa de conceptualizar a la familia como estructura; el modelo sistémico representado por Carlos Sluzki y el modelo multifamiliar de García Badaracco (citados en Machioli 2009).

A partir de 1983 Badaracco comenzará a difundir sus ideas en Montevideo, Madrid y Roma, y en el año 2005 organiza el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar en Buenos Aires donde recibió pasantes de Uruguay, España, Italia y Francia (citado en Markez, 2009).

En el Uruguay el descubrimiento del “grupo” como instrumento terapéutico surge aproximadamente en 1956 y en estos primeros grupos participan la mayoría de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU). La psicoanalista Madeleine Baranger, quien tenía experiencia en

Psicoterapia Analítica de Grupos realizada en Argentina, fue quien reunió y formó a los primeros interesados en Montevideo. Inicialmente se trabajaba básicamente bajo la teoría kleiniana y las ideas de Wilfred Bion. Entre 1955 - 1965, la gran mayoría de los integrantes de APU trabajaba con grupos de adultos. Se hicieron grupos en el Hospital Dr. Pedro Visca y el Hospital Vilardebó. Estos eran co-coordinados y en algunos se incluía tanto a los técnicos y enfermeros del hospital como a los familiares de los pacientes internados (citado en Busto, 1999; Busto, 2001).

Por esos años Badaracco concurre a los grupos terapéuticos que se realizaban en Montevideo donde aportó su experiencia en el trabajo con pacientes graves y sus familias (E. Palleiro, comunicación personal, 29 de enero de 2015).

Con el advenimiento del gobierno de facto en 1973 los grupos terapéuticos que funcionaban en instituciones fueron censurados o se disolvieron, la mayoría de los grupos privados dejaron de funcionar y muchos analistas fueron exiliados o se fueron del país.

A pesar de la pérdida de popularidad de los grupos terapéuticos durante estos años, en 1988 comienza a funcionar el centro de rehabilitación C.I.P.Re.S. a cargo de Palleiro (2005), donde se retomaron los grupos de psicoterapia de base psicoanalítica para pacientes psiquiátricos graves. Luego de años de trabajo ininterrumpido el equipo comienza a cuestionarse sobre la pertinencia de incluir a los familiares en los grupos, apareciendo las primeras Asambleas¹ integradas por pacientes, familias y técnicos en el año 2001.

Palleiro (2005) explica que en el año 2002 comienzan los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar en C.I.P.Re.S., los cuales al ser evaluados muy positivamente por el equipo técnico, los usuarios y familiares, se decide replicar la experiencia en el Hospital Maciel a los pocos meses.

Esta Psiquiatra se forma en la teoría y práctica del Psicoanálisis Multifamiliar, asistiendo al Grupo de Estudio “Buenos Aires” fundado por Badaracco y a las sesiones de Psicoanálisis Multifamiliar coordinadas por él en el Hospital Borda y en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Así mismo Badaracco asiste a C.I.P.Re.S. en algunas ocasiones para la coordinación de sesiones Multifamiliares. En este sentido C.I.P.Re.S. mediante su experiencia se configura como uno de los centros que continúan el trabajo desplegado por el creador del Psicoanálisis Multifamiliar.

1 El término “Asamblea” comienza a ser utilizado por Palleiro (2012) en el año 2001 para referirse a los grupos terapéuticos grandes por entender que en él se refleja una historia de prácticas democráticas de la sociedad civil uruguaya. Así mismo la Asamblea tiene un sistema de organización que refiere a una lista de oradores, donde se sigue un hilo conductor que ordena el encuentro e implica escucharse unos a otros, sustituyendo el acto por la palabra.

Capítulo II

El Psicoanálisis Multifamiliar

2.1 Conceptos fundamentales para el Psicoanálisis Multifamiliar

Desde el punto de vista de Simond (2011), quien fuera uno de los principales colaboradores del creador de esta teoría, el Psicoanálisis Multifamiliar es al mismo tiempo una técnica, una teoría y una meta-psicología, pero por sobre todas las cosas es una nueva manera de pensar el sufrimiento humano. Este autor, al igual que Badaracco (2009) entiende que no es positivo proponer definiciones completas y cerradas ya que el Psicoanálisis Multifamiliar debe ser una obra en constante crecimiento. Prefiere acercarse a la idea pichoniana de “esquema” (ECRO²) donde este funciona como una guía para pensar sobre determinado campo de sucesos. Valoriza la idea de “praxis” donde a cada momento en que se trabaja desde el esquema del Psicoanálisis Multifamiliar este último se re-inventa.

Mediante su experiencia de trabajo con la psicosis, Badaracco (1978a) llega a comprender que los cambios experimentados por el paciente psicótico colocado en el análisis bi-personal son fuertemente rechazados por su familia, la cual no está en condiciones de tolerarlos y en consecuencia trata de regresar las cosas a su estado anterior. Esto desemboca generalmente en el abandono de la terapia o el retroceso y agravamiento de los síntomas. En la búsqueda de respuestas sobre estos fenómenos se basa en los aportes de Bateson (1972) sobre la comunicación entre los seres humanos y la hipótesis del doble vínculo así, como en el mecanismo de homeostasis descrito por Don Jackson (1984). Mediante estas ideas logra comprender cómo se mantiene de forma patológica la dependencia y la simbiosis entre los miembros de la familia.

Investigando en este sentido, Badaracco (2000) arribó a la conclusión de que en el proceso terapéutico con esta población se debe buscar generar el re-desarrollo y crecimiento del sujeto dentro del contexto familiar, por tanto se vuelve necesaria la inclusión de la familia en el trabajo terapéutico.

De esa forma, al incluir a las familias, pudo entender cómo la influencia de las mismas obstaculizan la curación de los pacientes al mismo tiempo que tienen un gran poder para generar enfermedad mental. Así también descubrir la influencia que tienen los introyectos e identificaciones patógenas en el sujeto, los cuales pueden impedir el crecimiento psico-emocional. Advirtió además que existe una red de interacciones de interdependencias entre el sujeto, su familia y la sociedad, que en el caso de los funcionamientos mentales patológicos se ve realimentada por relaciones de interdependencias patógenas (Mitre, 2003).

Mediante el Psicoanálisis Multifamiliar se busca vencer las resistencias que se generan en las

2 Pichón-Rivière (1985) define al ECRO (Esquema Conceptual, Referencial y Operativo) como un conjunto organizado de conocimientos y conceptos generales teóricos referidos a un sector de lo real que, ubicado en una praxis, se configura en una dialéctica entre el instrumento y el objeto de conocimiento concreto y particular.

familias al abordaje de la patología mental grave, proporcionando un espacio en donde éstas puedan compartir las ansiedades e incertidumbres que se producen en el proceso terapéutico. El efecto de la socialización del sufrimiento y la universalización de los conflictos junto con la contribución por parte del grupo a la solución de situaciones, que en un contexto netamente familiar resultan dilemáticas, han resultado ser de gran poder terapéutico (Mascaró, 2005).

En el desarrollo de su teoría además de incluir los conceptos básicos de la escuela norteamericana de terapia familiar sistémica, opera un cruce entre las ideas de Sigmund Freud, Melanie Klein, Pichón-Rivière y José Bleger. Así ensambla al narcisismo freudiano con las relaciones narcisistas de objeto de la escuela kleiniana, así como los conceptos de idealización, la omnipotencia y los objetos parciales son integrados a los conceptos de simbiosis y aglutinación familiar (citados en Macchiolli, 2009).

El Psicoanálisis Multifamiliar permite comprender la salud y enfermedad mental mediante una visión integradora, no reduccionista y concordante con el pensamiento complejo. Sin abandonar los principios básicos del Psicoanálisis, Badaracco crea este espacio terapéutico en el que se incluyen todas las dimensiones que hacen a la complejidad del sujeto. Esta complejidad se aborda conformando comunidades terapéuticas en las cuales se producen interacciones entre los pacientes, los diferentes profesionales y las familias (citado en Maruottolo, 2009).

Si bien como ya se ha expresado el Psicoanálisis Multifamiliar es a la vez teoría y dispositivo, resulta útil separar estos aspectos con el objetivo de lograr una mejor comprensión del cuerpo de conceptos y prácticas que lo conforman.

2.1.a La concepción de la enfermedad mental

La enfermedad mental es entendida en esta teoría como la expresión de los problemas vinculares, los cuales desde los primeros años del desarrollo han formado un entramado complejo de relaciones patológicas que impiden el proceso de diferenciación e individuación de los pacientes. Al mismo tiempo se entiende que ésta situación tiene posibilidades de mejoría siempre que se establezcan las estructuras de acompañamiento necesarias, bajo el entendido de que la realidad social tiene el poder de transformar la realidad interna individual (Ayerra & Atienza, 2003).

Desde esta perspectiva se concibe entonces que cuando emerge de ese entramado un individuo padeciendo una enfermedad mental, es toda la familia la que está inmersa en una trama patógena, donde el miembro que enfermó no ha adquirido una identidad propia, sino un rol fijo dentro de ese sistema. En estos casos el sujeto está atrapado en tramas de interdependencias patológicas que no le permiten desarrollarse consistentemente como individuo autónomo (Badaracco, 2000).

En este sentido Mitre (2003) entiende que lo que caracteriza a la enfermedad mental no es el conflicto, sino la tendencia compulsiva a la repetición de los conflictos y la imposibilidad de resolverlos

dada la carencia de recursos yoicos del sujeto, los cuales debido a las tramas de interdependencias patógenas no han podido desarrollarse.

En estos sistemas familiares, debido a esta problemática vincular, priman relaciones de objeto primitivas o narcisistas donde “Los miembros del grupo familiar se tratan comúnmente entre sí como objetos parciales e intentan manejarse omnipotentemente unos a otros como partes de sí mismos” (Badaracco, 1978b, p.15). Por estas circunstancias se entiende que el paciente no ha podido tener una vida psicológica verdaderamente propia.

En este contexto se estructuran vínculos de interdependencia patológica y patógena con los objetos parentales, lo cual impide el tránsito satisfactorio desde la dependencia primitiva hacia el desarrollo de la autonomía. Esto genera a su vez una forma de funcionamiento mental compulsivo el cual es siempre referido a un otro introyectado (Badaracco, 1984).

Debido a la incapacidad de las figuras parentales de comportarse como objetos estructurantes se produce una distorsión del desarrollo que favorece la estructuración de un falso self. Así el niño tiende a identificarse con los aspectos patológicos de sus progenitores y esto conlleva a que se cristalice un vínculo con gran carga de violencia latente mal elaborada (Martínez & Perles, 2010).

El concepto de falso self ha sido especialmente definido y desarrollado por Winnicott (1960) si bien, según el mismo autor, el término ya venía siendo utilizado en algunas formas de la psiquiatría descriptiva. Este psiquiatra sostiene que en la etapa de las primeras relaciones objetales el niño exterioriza periódicamente un gesto espontáneo el cual es la expresión de su verdadero self. Explica que “La madre suficientemente buena da satisfacción a la omnipotencia del infante, y en alguna medida también le da sentido. Lo hace repetidamente. Empieza a tener vida el self verdadero”. (Winnicott, 1960, p.189).

Así el niño podrá comenzar a creer en la realidad externa, la cual se comporta acorde a sus necesidades y respondiendo a su omnipotencia. Mediante esto se genera la ilusión de la creación y la base de la simbolización. Esta última se da cuando el infante logra unir una sensación, alucinación o actividad con el objeto parcial materno creado y posteriormente catectizado.

Cuando la madre no es “suficientemente buena” y no logra adaptarse correctamente a los impulsos espontáneos del niño éste queda aislado y se ve forzado a la sumisión. Así desarrolla un self falso y complaciente que se adaptará a las exigencias ambientales. Este falso self cumple la función defensiva de ocultar al self verdadero para mantenerlo a salvo. Esto lo hace sometiendo a las exigencias del ambiente. Así en lugar de la espontaneidad, sus principales rasgos son la sumisión y la imitación. En los casos extremos puede detenerse o directamente no iniciarse la capacidad de simbolización.

En el Psicoanálisis Multifamiliar la estructuración de un self falso no queda restringida solamente a la capacidad de la madre de ser “suficientemente buena” sino que, si bien las figuras parentales tienen particular importancia, estas se encuentran inmersas en una trama familiar que atraviesa a todos sus componentes y en la cual se establecen modos vinculares trans-generacionales.

Mitre (2003) aporta además la idea de que el falso self del psicótico no solo estaría constituido por la sumisión a un cuidado materno que impone su propio gesto, sino también a partir de las identificaciones con los mecanismos defensivos yoicos de sus padres. Estos, a causa de su propia incapacidad e inmadurez para acompañar el crecimiento del niño, al impedir su desarrollo, lo obligan a identificarse con sus aspectos patológicos.

Badaracco (1989) explica entonces que la patología mental de un sujeto representa la transmisión generacional de una inmadurez que en algunos casos puede haberse acumulado durante tres o más generaciones.

En este sentido Palleiro (2005) explica:

El individuo en desarrollo en estos contextos de desencuentro y violencia recíproca, no puede forjar una identidad consolidada dentro del grupo (familia) quedando restringido a identificaciones defectuosas que le dan aquel rol fijo o 'personaje' (...) el paciente y su familia lo que más nos muestran es el fracaso de la intersubjetividad, donde el "otro" no puede ser más que un objeto, en el sentido de que no le pueden reconocer sus deseos, su alteridad. (p.15).

De esta forma comienzan a establecerse relaciones de interdependencia patógenas que hacen al sujeto actuar compulsivamente, el cual al no poder transformar sus vivencias en verdaderos pensamientos bloquea sus emociones, no pudiendo desarrollar su capacidad de espontaneidad. Se produce una situación de no-cambio donde el sujeto sigue sometido a órdenes que permanecen en su mente (Mitre, 2001).

En este sentido Badaracco (2000) manifiesta que el paciente mental grave es alguien en quien el sí mismo verdadero no ha sido suficientemente tomado en cuenta en su historia, sumándose esto a un déficit de recursos yoicos genuinos resultado de las interdependencias patógenas en su infancia. Bajo estas condiciones patologizantes la desorganización psicótica se comprende como un intento por parte del paciente de defenderse de introyectos e identificaciones patógenas que se han establecido formando núcleos escindidos³. Estos núcleos bien pueden presentarse ante el Yo como elementos del Ello o bien, mediante mecanismos de identificación proyectiva, como aspectos de la realidad. A su vez hay por parte del paciente, un intento de ruptura o escape de una estructura mental rígida organizada de forma pre-psicótica, es decir, configurada para mantener fuertes escisiones. Esto desemboca en una regresión "oniroide" del Yo psicótico, mediante la que se intenta construir un mundo para poder "sobrevivir", utilizando mecanismos de la elaboración onírica como condensaciones o desplazamientos (Badaracco, 1985).

3 Badaracco habla de núcleos escindidos o condensados; este concepto deriva del de "núcleo aglutinado" planteado por Bleger (1964) el cual se explica más adelante en este trabajo.

2.1.b Interdependencias recíprocas normogénicas y patógenas

El concepto de interdependencias recíprocas es fundamental para la teoría del Psicoanálisis Multifamiliar. Expresa Badaracco (2007) que las interdependencias recíprocas no son patrimonio de la enfermedad mental sino que son parte y circunstancia necesaria de las relaciones humanas. Las relaciones entre las personas son siempre inter-relaciones reguladas por un proceso de retroalimentación, es decir que hay en los acontecimientos procesos de ida y vuelta en los que uno actúa sobre el otro y viceversa. En una relación saludable las interdependencias recíprocas se establecen como una dependencia mutua que resulta provechosa para cada miembro.

El ser humano es un ser social y el individuo se constituye dentro de la familia. Ésta en un principio estuvo fuera pero luego comienza a formar parte del mundo interno del sujeto. Lo mismo que sucede en un individuo sucede en su familia y lo que sucede en la familia también sucede en un contexto social. Cada realidad más compleja contiene a la anterior. Por esto en el Psicoanálisis Multifamiliar se focaliza en las familias y no en los individuos, porque en las familias donde hay un alto nivel de interdependencias patológicas los individuos se ven desdibujados y casi inexistentes, en un mundo interno que vincula a todos los miembros de la familia y que impide su diferenciación y autonomía. Construimos interdependencias con los otros y allí se involucra a la familia, la comunidad, los referentes afectivos y la sociedad. Estas interdependencias varían desde las más normogénicas a las más patogénicas. Las primeras serían las que promueven el desarrollo saludable de la persona y sus vínculos, en cambio las segundas serían las más enfermantes, que cercenan el desarrollo de los “recursos yoicos genuinos” afectando así la capacidad de crear, trabajar y relacionarse con los otros. Las interdependencias son recíprocas porque involucran a todas las partes y todos son afectados por ellas (Ayerra & Atienza, 2003; ver también Mouelle, 2013).

Badaracco (1978a) explica que las interdependencias patógenas cristalizan los modos vinculares por lo que el tipo de vínculo que una persona tiene con su familia, sea este neurótico o psicótico, se verá reflejado en su estructura psicopatológica, al tiempo que es la expresión de las relaciones de objeto que lo constituyen.

En el paciente psicótico puede observarse la existencia de una interdependencia patológica con la que vive sus relaciones en el núcleo familiar. La ruptura de la simbiosis (o el proceso de desimbiosis) que es indispensable para el crecimiento del individuo se ve resistido en estas familias que viven la separación como pérdida, vacío y muerte. Estos intentos de individuación son atacados sistemáticamente por el miedo al cambio que generan. Por el carácter del vínculo narcisista establecido, los integrantes de esta familia se niegan a aceptar la separación entre el self y el objeto, manteniendo así la simbiosis y aglutinación como el ideal del vínculo familiar. (Machioli, 2009).

Así aparece la agresividad de los hijos con los padres como un reproche violento por las situaciones vividas debido a las interdependencias patógenas y un reclamo por la necesidad de generar interdependencias recíprocas sanas que proporcionen mayor seguridad para desarrollarse. A su vez estas interdependencias enloquecedoras bloquean la mente del sujeto y el sí mismo tiende a quedar atrapado en ellas (falso self). Al identificarse con los aspectos patógenos de las figuras parentales los hijos reproducen de forma compulsiva las situaciones y relaciones que les han producido sufrimiento, haciendo sufrir a su vez a los demás. De esa forma las interdependencias enloquecedoras se realimentan recíprocamente (Mitre, 2003).

En esa trama de presencias intrusivas y enfermantes la identificación con los aspectos patológicos aparece como un intento por neutralizar el poder psicopático y el sufrimiento que esos otros generan. Mitre (2006) explica que, por la ocurrencia de este fenómeno, muchas veces los pacientes psicóticos se presentan como caricaturas de sus padres, hablando como ellos y representando un personaje, dado que su verdadero self ha quedado detenido.

Este concepto de identificación patógena que se utiliza en el Psicoanálisis Multifamiliar podría ser relacionado con el mecanismo de defensa descrito por Anna Freud (1936) con el nombre de Identificación con el agresor. Esto significa que ante el peligro externo real, el sujeto se identifica con su agresor imitando a la persona o reasumiendo la agresión por su cuenta como forma de sobrevivencia. Este es un mecanismo primordial en la fase de constitución del Superyó en donde, en cambio, tiene un carácter saludable o normogénico. Sin embargo en las familias con interdependencias recíprocas patológicas, mediante este tipo de identificaciones, los sujetos generarían vínculos perversos con los objetos internos.

2.1.c Objeto enloquecedor

Badaracco (1984) toma en su modelo la conceptualización de la mente propuesta por la escuela kleiniana, la cual la entiende como un mundo interno constituido por las relaciones de objeto entre el Yo y sus objetos internos. Conjuntamente integra la visión pichoniana que interpreta ese mundo de los objetos internos como la “familia interna”.

Para Pichón-Rivière (1985) cada uno de los miembros del grupo familiar tiene dentro de sí un grupo interno constituido por la internalización de los objetos y los vínculos. En base a ello este psiquiatra fue uno de los primeros en entender al individuo enfermo como el emergente de un grupo familiar enfermo, postura a la que adscribe el creador del Psicoanálisis Multifamiliar.

Para arribar al concepto de objeto enloquecedor, Badaracco (1985) introduce la idea de que los objetos internos tienen características patógenas en sí mismos. Se plantea así una diferencia con las

ideas de Melanie Klein (1935) para quien los objetos son buenos o malos dependiendo de lo que el sujeto le atribuya según su carácter frustrante o gratificante. Esta autora sostiene que el pecho de la madre es el prototipo tanto de los objetos buenos como de los malos, que el bebe irá introyectando durante su evolución. Esto sucede dado que el niño proyecta su propia agresión sobre dichos objetos al ver frustrados sus deseos instalando de esa forma “imagos”, los cuales son un cuadro distorsionado de los objetos reales, no solo en el mundo exterior sino también, por el proceso de incorporación, dentro del yo.

Para Badaracco (1989), además de que los objetos son buenos o malos en sí mismos, no alcanza con pensar al objeto bueno como el que produce satisfacción y al objeto malo como el que produce frustración. Sino que lo importante es pensar al objeto bueno como aquel que, mediante su función estructurante provee las condiciones para que una situación frustrante sea tolerable y una experiencia satisfactoria pueda tener su límite. Así el objeto bueno es el que sostiene al Yo débil proveyéndolo de recursos genuinos continentes de las ansiedades desbordantes. El objeto malo en cambio, es aquel que por su propia carencia no puede aportar esos elementos, funcionando como amplificador de las frustraciones, envidias y celos primitivos.

En el caso del objeto enloquecedor se trata de un objeto que, en un inicio desde el exterior, realmente actúa sádicamente sobre el sujeto, induciendo a éste a actuar de la misma forma. El sujeto se siente malvado y culpable por los sentimientos sádicos que se despiertan en él, incrementándose el resentimiento, resultado de la inadecuación del objeto. En esa circunstancia el deseo del sujeto como búsqueda de la experiencia satisfactoria se ve sometido al otro, ya que este impone su propio gesto en vez de responder al gesto espontáneo del niño. Al depender y necesitar de ese objeto patógeno y enloquecedor se produce una situación de terror e indefensión que conduce como única salida a la identificación patógena con ese objeto. De esa forma se establece una relación simbiótica sádica donde cada uno trata de dominar al otro y cada uno es imprescindible para el otro. Esos objetos sádicos se incorporan al mundo interior del paciente como “presencias malignas” que continúan maltratando a la persona desde dentro de su psiquis así como antes lo hicieron desde fuera (Badaracco, 1985).

Para expresar en resumidas palabras la situación de los pacientes psicóticos, el autor expresa que “Fueron niños que se han visto en la necesidad de adaptarse al adulto, en vez de encontrar un adulto que se adaptara a ellos y esta adaptación patológica se convirtió en sometimiento por introyección de un objeto sometedor” (Badaracco, 1989, p. 51).

Así es que estos sujetos viven habitados y tironeados por pulsiones, mandatos, deseos, exigencias y reproches que no pueden manejar. Confunden las pulsiones propias con las exigencias de los objetos internos y se ven paralizados y sometidos al poder de esos mandatos (Badaracco, 1989).

Esta relación de interdependencia patógena con el objeto enloquecedor se sella con el hecho de que el sujeto siente que el contacto con dicho objeto garantiza la preservación del sí mismo, por lo cual intenta mantenerlo a toda costa generando una dependencia extrema con el mismo. Esto sucede

porque al ser los objetos parentales inadecuados para propiciar un crecimiento verdadero del Yo, se genera la persistencia de vínculos parciales con dichos objetos, al tiempo que el paciente incorpora por identificación formas patológicas de funcionamiento yoico y superyoico. De esta manera se establece la tendencia a transformar toda relación de objeto en una simbiosis patológica. El sujeto entonces no puede prescindir del objeto porque lo necesita desde su indefensión (Badaracco, 1978c).

2.1.d Recursos yoicos genuinos

Con este concepto Badaracco (1985) alude a un aspecto esencial de la salud mental y la madurez de la personalidad que sería un pre-requisito para el adecuado desarrollo del Yo y sus funciones. Lo que él llama “recursos yoicos genuinos” serían una suerte de estructuras propias del funcionamiento mental básico que se irán desarrollando en el sujeto desde el nacimiento, tales como la capacidad de pensar, elaborar, simbolizar y dar significaciones.

La condición de indefensión de un niño pequeño puede ser definida como una condición de escasos recursos yoicos. Estos podrán ir desarrollándose a través de experiencias vitales, que deberán ser sostenidas por un adulto que posea suficientes recursos yoicos genuinos, en las que se promuevan la resolución de conflictos y de esa manera den lugar a la formación de nuevas estructuras. Este concepto permite comprender parte importante de la psicopatogénesis en lo que hace a la psicosis como un déficit o carencia de recursos yoicos.

Mitre (2003) explica que los recursos yoicos genuinos se gestan en la relación con las figuras parentales. Cuando éstas en sus funciones materna y paterna no facilitan ese desarrollo (por carecer ellos mismos de recursos genuinos para ofrecer al hijo) el crecimiento psico-emocional de éste se verá deficitario por carecer del apoyo necesario para generar experiencias emocionales enriquecedoras.

En el caso de las psicosis, Badaracco (1985) observó que las identificaciones patógenas que generan vínculos perversos con los objetos internos favorecen la simbiosis patológica, lo cual va en detrimento de la creación de recursos yoicos propios y genuinos. Debido a esto se produce un déficit en el desarrollo solventado en experiencias enriquecedoras integradas desde la espontaneidad, lo cual a su vez retroalimenta el déficit de recursos yoicos.

Cuando eso sucede el psiquismo carece de autonomía y muestra un funcionamiento compulsivo que siempre está referido a un otro. El psicótico se ve limitado en la capacidad de pensar con pensamientos verdaderamente propios, siendo en cambio el pensar psicótico una suerte de “actuar dentro de la mente”. En esos casos lo auténtico y lo espontáneo que son necesarios para el desarrollo saludable de los recursos yoicos genuinos parecen haberse estancado (Mitre, 2001).

2.2 Características del Grupo Multifamiliar como dispositivo terapéutico

Para Badaracco (2000) el punto central de una terapia debe ser la búsqueda del cambio psíquico en contraposición con la tendencia al no-cambio de la patología mental grave. El dispositivo Multifamiliar se construye en un intento para trabajar sobre las tramas de interdependencias que configuran esta tendencia, complejizando para ello el campo de acción desde el que se abordará la patología.

Como la enfermedad mental muchas veces revela su verdadera naturaleza a través de las interdependencias patógenas que secretamente mantienen su poder, a veces durante toda la vida, al actualizarse en formas de interdependencias actuadas se hacían más abordables en un contexto multifamiliar. Así se hacía posible una elaboración psicoanalítica que en otros contextos era a veces imposible. (Badaracco, 2000, p. 33).

El Grupo Multifamiliar permite observar in situ el accionar y la forma de las interdependencias actuantes en la familia en conflicto, lo cual posibilita una intervención terapéutica compleja. Esta intervención tiene la particularidad de que se trabaja simultáneamente con varios miembros integrantes de una trama de interdependencias, como pueden ser los dos integrantes de un par simbiótico. De esta forma se busca desarmar esa trama que configura la enfermedad para que entonces esta última revele su verdadera naturaleza y así las tendencias intrínsecas a la auto-organización obtengan terreno fértil para poder funcionar en una verdadera auto-eco-organización (Badaracco, 2000).

La existencia en el grupo de muchas otras figuras identificatorias posibles facilita este proceso, es decir que el grupo se ofrece como soporte para que las des-identificaciones necesarias para desarmar la trama patógena sean posibles. A su vez la presencia empática y comprometida de los integrantes genera la solidaridad que funciona como sostén para que pacientes y familiares puedan desarrollar recursos propios. Es decir que ésta re-organización se da en interrelación con un ambiente social posibilitador (Badaracco, 2000).

Según Ayerra y Atienza (2003) el Grupo Multifamiliar se constituye como una mini-sociedad formada por muchas familias con diferentes orígenes y distintos problemas, bajo el entendido de que los conflictos humanos son siempre los mismos, por más que tomen variadas formas. Las dinámicas que se producen en este escenario permiten intervenir sobre las relaciones que allí se dan y no solamente sobre los sujetos. El grupo se irá identificando con la temática de una familia y ayudará a rescatar a sus miembros del conflicto jugando así el papel de “tercero”, entendiendo por esto el del agente que rescata de la simbiosis a los miembros de una familia. Al ser muchos y no uno quienes irán rescatando a las partes, la función terapéutica deja de ser persecutoria y en cambio aparece como mediadora. Al estructurarse el Grupo Multifamiliar como el representante del contexto social a escala reducida se facilita la salida del autismo familiar y la restitución de redes sociales. Esto significa un alivio y acompañamiento para estas familias frecuentemente excluidas y acomplexadas por la enfermedad.

Para explicar la complejidad del dispositivo Multifamiliar, estos autores sostienen que así como se

incluyen recursos de las terapias individuales, las de grupo chico y las de familia, también todos los registros de cada uno de estos espacios se entrecruzan en un mismo tiempo y lugar, donde se agrega además la dimensión comunitaria y social. Para ellos esto hace de la Terapia Multifamiliar la estructura más compleja que se ha desarrollado hasta el momento en lo que hace al tratamiento de los pacientes mentales graves esquizofrénicos, psicóticos y fronterizos.

2.2.a Un contexto comunitario solidario

Badaracco (2000) explica que en un ámbito terapéutico el paciente mental grave necesita un contexto donde poder expresar su “locura” dado que la misma no puede ser pensada y por tanto necesita de un otro para poder ser actuada. La comunidad es el contexto de la experiencia terapéutica, ella funciona como una familia sustitutiva y constituye un continente para hacerse cargo de los aspectos más psicóticos y los momentos más regresivos de los pacientes. Esto posibilita trabajar sobre aquello de lo que no se puede hablar en el núcleo familiar porque emocionalmente desborda su capacidad.

Badaracco (1998) entiende que las expresiones de la locura son mejores contenidas en el grupo grande que en el chico o en la sesión individual, a lo cual agrega que en dicho grupo grande disminuye el miedo a hacer daño, es decir el miedo de los pacientes a su propia violencia interna. El Grupo Multifamiliar constituye entonces una trama social continentadora donde la “locura” puede tener un espacio para desplegarse y al mismo tiempo des-alienarse del ámbito familiar. Esto genera la posibilidad de trabajar con la violencia y la transferencia psicóticas. De esta forma también los recursos terapéuticos se ven asistidos por este contexto en su carácter de contenedor de las violencias internas.

Al compartir los integrantes del grupo sus experiencias vivenciales y sentirse identificados con las vivencias de los otros, se genera un fenómeno de solidaridad grupal que da lugar a algo muchas veces nuevo para los pacientes, que es el sentir que se puede contar con otro (Badaracco, 2006).

Esto abre las posibilidades para que cada uno de los integrantes pueda comenzar a manifestar su sí mismo verdadero, sostenido por la solidaridad grupal. En ese sentido y pensando desde Winnicott (1960), Burguillo (2010) expresa que el grupo Multifamiliar respeta el gesto espontáneo de sus integrantes. En ese contexto empático se genera una gran capacidad para detectar la verdad y la falsedad con que hablamos los seres humanos, en particular las falsedades con que nos engañamos a nosotros mismos. También se ha podido observar que en el contexto multifamiliar los mensajes del tipo “doble vínculo” que se dan en las familias disminuyen su poder patógeno dados los factores positivos de las otras presencias del grupo y el apoyo que recibe el Yo vulnerable tanto desde el terapeuta como del grupo. Lo que se intenta es que el paciente pueda ir descubriéndose a sí mismo y a sus recursos yoicos, tanto los desarrollados como los no desarrollados. En este sentido el autor afirma que “la solidaridad provee elementos con un poder insospechado desde el punto de vista terapéutico”

(Badaracco, 2000, p. 118).

Mediante la posibilidad de aprender de las experiencias de las otras familias viéndose reflejados en los modos vinculares de éstas, los familiares pueden empezar a comprender la naturaleza de la llamada enfermedad mental, y es entonces que estos tienen la posibilidad de ayudar al paciente, y a través de un trabajo de prevención y psico-educación prepararse para situaciones conflictivas futuras. Estimulados por una conducción participativa se intenta que pacientes y familiares se conviertan en agentes activos de sus propios tratamientos (Badaracco, 1998).

Otra de las cuestiones fundamentales para explicar la utilidad del Grupo Multifamiliar según Burguillo (2010) es lo referido al manejo de la violencia. Este psiquiatra español entiende que la capacidad de soportar la agresión del paciente ofrece un gran beneficio a éste, ya que para lograr un desarrollo del Yo más auténtico es necesario que tanto el amor como la violencia vayan saliendo al sistema social en el proceso de integrarse al mismo. Además entiende que detrás de la expresión violenta del psicótico se encuentra el deseo y el reclamo de ser un sí mismo y de que este sea aceptado, aún siendo imperfecto. En este contexto el miedo provocado por las actuaciones violentas se dispersa y comparte entre los distintos integrantes del grupo, lo que multiplica la capacidad de contención y no minimiza la capacidad de escucha como puede suceder en una terapia bi-personal.

Por otro lado las experiencias que, al haberse aislado en su dolor, las familias viven dramáticamente, cuando pueden ser compartidas con otras familias se generan resonancias y aprendizajes que alivian y mejoran la calidad de vida, permitiendo a la vez pensar mejor (Mandelbaum, 2014).

2.2.b Familia ampliada

En el clima de seguridad emocional que se produce en el Grupo Multifamiliar el paciente puede expresar los contenidos más enfermos de su personalidad para trabajar sobre ellos, buscando desarrollar los aspectos infantiles sanos que no tuvieron lugar en su núcleo familiar. En este caso, cuando se habla del “paciente” se puede estar haciendo referencia no solo a la persona que carga con el diagnóstico, sino también a la familia entera. La comunidad entonces pasa a cumplir la función de familia sustitutiva con la posibilidad de comportarse de manera más adecuada que la familia real, posibilitando así las experiencias de desarrollo que no pudieron lograrse en la familia nuclear (Badaracco, 1978a).

Mitre (2003) explica que se produce el fenómeno de familia ampliada, en el cual se reproduce el contexto familiar pero sumando la presencia de los otros y la presencia re-asegurante del analista. Este ámbito habilita a trabajar con la reactivación de situaciones traumáticas profundas con toda la intensidad emocional que en ellas se despliega.

La presencia de otras familias también posibilita la aparición de un fenómeno particular que es el efecto multiplicador del grupo. Esto se produce cuando la recontextualización de una relación funciona

como espejo para que las relaciones de otros integrantes del grupo también puedan a su vez recontextualizarse. La temática que surge en una familia moviliza cosas en las otras y esto enriquece los temas y potencia la comunicación (Maruottolo, 2009).

Según Burguillo (2010) este fenómeno permite abordar las relaciones simbióticas mejor que en un ámbito familiar o bi-personal. Explica que cuando una familia no ha podido resolver satisfactoriamente la tendencia a la vinculación simbiótica, es muy difícil que sus integrantes distingan donde acaba su Yo y donde empieza el otro. Trabajar estos temas genera confusión, rabia y confrontación con el terapeuta por la herida narcisista que supone el entender que su modo simbiótico de vincularse puede estar siendo perjudicial para alguno o todos los integrantes del núcleo familiar. En estas situaciones aceptar planteamientos distintos a los propios que cuestionen los modos de vincularse cuesta mucho dado que provocan la sensación de tener que renunciar a ser uno mismo.

El Psicoanálisis Multifamiliar permite trabajar estos temas respetando los mecanismos de defensa de las familias de los pacientes. Esto sucede dado que por las características de las mismas no tardan en aparecer en el grupo las expresiones de esta simbiosis. Al ocurrir esto frente a los ojos del resto de las familias, estas pueden observar con mayor distancia emocional el funcionamiento de las dinámicas. Así en el espejo de los otros y observando desde afuera se posibilita la identificación con lo que sucede sin que esto ponga en riesgo la propia identidad. Esto permite posteriormente pasar a un espacio de diálogo de mayor abstracción sobre un tema sin necesidad de haber pasado por la dura situación de poner en evidencia y en cuestión sus modos vinculares. Es decir que la presencia de varias familias facilita procesos de identificación con las dinámicas familiares, favoreciendo la metaforización de la situación y la elaboración terapéutica de los vínculos familiares.

A su vez la presencia de las personas reales, los familiares, en el ámbito terapéutico es muy importante dado que los pacientes graves suelen tener dificultades para hablar de las personas ausentes con cierto realismo. Sumándose a esto aparece el poder de la mirada. La mirada de los integrantes reales en el grupo es un elemento importante ya que gran parte de los intercambios y sobre todo las expresiones más auténticas que se dan están en la mirada y los gestos. La autenticidad de las emociones es fundamental para el funcionamiento fructífero del grupo (Badaracco, 2000).

La multiplicidad transferencial que se despliega en el grupo multifamiliar diluye la afectividad entre los protagonistas de las situaciones vinculares familiares. Debido a esto es posible que un padre hable con más facilidad con el hijo de otra familia o viceversa. También dos padres o dos hijos podrán intercambiar diálogos entre sí con una gran franqueza que de otra forma no se hubieran sentido habilitados a manifestar (Narracci, 2010).

Mediante este fenómeno también se genera la posibilidad de que los pacientes cuyos familiares no asisten a las reuniones tengan la oportunidad de utilizar al resto del grupo como si fueran sus familiares

y de esa forma ir preparándose para relacionarse mejor con ellos (Badaracco, 2000).

2.2.c Mente ampliada

El Grupo Multifamiliar puede ser visualizado como una gran mente que piensa. Este puede funcionar algunas veces de forma creativa, donde cada uno enriquece al conjunto aportando su punto de vista, el cual a la vez genera asociaciones en otros integrantes deviniendo de esa forma en una espiral creativa. Por el contrario también pueden generarse situaciones de atascamiento cuando por sentimientos de angustia, envidia o por no poder tolerar los momentos creativos, se vuelcan aportes negativos que encierran y paralizan en el grupo la posibilidad de pensar.

De esta forma se puede entender el funcionamiento grupal como si fuera el funcionamiento mental de una persona en el que diferentes aspectos de ésta pueden interactuar generando creatividad o produciendo estancamiento. Pensar al grupo de esta manera permite trabajar con los integrantes en el sentido de intentar entender entre todos lo que ocurre en la mente de las personas, tomando como modelos los intercambios e interacciones que se dan entre los participantes (Badaracco, 2000).

La enfermedad mental comienza así a poder ser visualizada por el grupo como una forma de funcionamiento mental condicionado por otros. Estos otros condicionantes, que pueden ser personas reales o introyectos e identificaciones, tienen la capacidad de producir efectos perturbadores que accionan en contra del funcionamiento autónomo de la persona enferma y pueden estar actuando desde el mundo real o bien desde el mundo interno de cada uno como una presencia enloquecedora, es decir como un objeto enloquecedor (Badaracco, 2006).

En un contexto social constituido por un grupo grande se puede coordinar un intercambio de ideas que, en la medida en que se pueda fomentar y propiciar una escucha adecuada y respetuosa, tiene el poder de abrir espacios mentales. Esto es importante debido a que una de las principales dificultades de los pacientes graves es la de no poder escuchar realmente a los demás. Si se logra construir un ambiente de escucha adecuado, los conflictos de un participante en relación a su forma de pensar y sentir los acontecimientos puede ser enriquecida por el grupo, que en su escucha amplia puede percibir aspectos de la situación que escapan a la comprensión del paciente. Mediante la devolución del grupo tanto el sujeto como el resto de los integrantes pueden integrar diferentes enfoques posibles sobre un mismo fenómeno, no necesariamente contra-puestos sino que complementarios. Algunas veces los conflictos se disuelven naturalmente al ser enriquecidos por una escucha más abierta, pero cuanto menos, el poder aceptar los diferentes enfoques sobre un mismo fenómeno permite desdramatizar los dilemas humanos y articular mejor lo sano con lo enfermo (Badaracco, 2006).

Sánchez y Rodríguez (2004) explican que la rabia, la agresividad, la impotencia y frustración que suelen tener los miembros de estos grupos, bloquean emocionalmente y no permiten pensar. Sin embargo, gradualmente con el apoyo mutuo, el intercambio continuo, y las diferentes perspectivas

sobre las situaciones aportadas por los integrantes, comienza a lograrse la regulación de las emociones, aparece la espontaneidad y los distintos puntos de vista. Esto es posible dado que mediante el compartir se hace posible incorporar los modos o la forma en que otras personas organizan su subjetividad.

En la medida en que se puedan ir neutralizando los efectos patógenos de los objetos enloquecedores se podrá pensar con más autonomía y de esa forma poder pensar junto con otros. Poder pensar con otros sin perder la autonomía es justamente lo que se denomina mente ampliada (Badaracco 2006).

El concepto de mente ampliada tiene su contrapartida en el de mente cerrada, y Badaracco (2009) no solo aplica estas ideas para pensar a los grupos de pacientes y familiares. Al contrario entiende que es en los propios terapeutas donde se generan estos fenómenos con una intensidad similar en cuanto al estancamiento de las ideas. El autor ejemplifica esto mencionando que muchas veces en las instituciones psiquiátricas y psicoanalíticas se generan discusiones interminables acerca de reglas y exigencias donde se defienden baluartes e identidades mal entendidas que condicionan climas institucionales estancados donde todos quieren tener razón.

En este sentido se genera un paralelismo entre pacientes y terapeutas dado que Badaracco (2009) define al paciente difícil como un “especialista del no cambio”. Explica que la aparente irreversibilidad de algunos funcionamientos mentales no está dada tanto por la rigidez intrínseca de ciertas estructuras mentales, sino por la habilidad del paciente grave para mantener estas formas de funcionamiento a pesar de los múltiples sucesos de la vida que actúan sobre las personas para producir cambios. Estos pacientes recurren permanentemente a formas de pseudo-identidad y han dependido siempre de situaciones y estructuras que funcionen como un re-aseguramiento externo del equilibrio narcisista. El autor hace una transposición de esta situación a la de los terapeutas entendiendo que siempre se corre el riesgo de apegarse a los sistemas teóricos y por ende tender a la repetición compulsiva, donde los pensamientos no son verdaderamente genuinos dado que anulan el mundo vivencial en función de la tendencia al no cambio.

Según Ayerra y Atienza (2003) el Grupo Multifamiliar promueve la apertura mental de todos los participantes, incluyendo los terapeutas, dado que trabaja más que ningún otro dispositivo en los espacios frontera entre las instituciones y la comunidad. Esto es importante al considerar que es en los límites y en los espacios de confluencia entre el adentro y el afuera donde se producen las máximas tensiones, ya que allí se pone a prueba la coherencia institucional y se produce la intersección entre el conflicto y el cambio. En este sentido los autores señalan que el Grupo Multifamiliar promueve la apertura y comunicación de la estructura institucional al contexto comunitario al que se debe y necesita adaptarse. Es por eso que la sola presencia de estos grupos promueven la salud institucional evitando los procesos de esclerosis y autismo institucionales que muchas veces resultan de las actividades aisladas. De esta forma se exige a los profesionales mantener una coherencia que a su vez los protege

de caer en una práctica iatrogénica.

Por esto mismo Simond (2011) sostiene que el Psicoanálisis Multifamiliar no debe ser llevado a cabo buscando repetir una fórmula exitosa ya inventada, dado que de esa manera se transformará la teoría en “letra muerta” y además se corre el riesgo de que la fórmula no funcione. En cambio cuando se logra establecer puentes genuinos entre las vivencias del terapeuta y las del paciente, pueden articularse vitalmente el cuerpo teórico del Psicoanálisis Multifamiliar y la realidad de los implicados en una suerte de enseñar, aprender y curarse a sí mismo que involucra a todos los participantes. De esta forma se mantiene la teoría en constante desarrollo.

Capítulo III

El trabajo del terapeuta desde el Psicoanálisis Multifamiliar

El trabajo en los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar tiene características propias las cuales han sido determinadas tanto por la particularidad del dispositivo como por los desarrollos teóricos que fundamentan su práctica.

En este ámbito el terapeuta deberá, entre otros temas, ocuparse de crear un clima emocional cálido que facilite la reflexión y la tolerancia procurando correrse de posiciones de omnipotencia, donde habitualmente el grupo tiende a colocar al terapeuta, e intentar crear un vínculo horizontal, sincero y sin distancias terapéuticas. Así mismo es importante facilitar las intervenciones interfamiliares, es decir integrar a las otras familias a la temática de cada familia.

Al disminuirse las distancias terapéuticas resulta de vital importancia el trabajo en co-terapia. De esa forma algún miembro del equipo siempre puede mantener la distancia necesaria para observar los fenómenos que allí suceden y que no puede percibir quien conduce la reunión en ese momento. Trabajar en co-terapia ofrece mayores garantías al grupo dada la mayor exigencia emocional e intelectual que significa para los terapeutas trabajar desde la horizontalidad al tiempo que afrontar las situaciones desde la complejidad que implica este dispositivo. A su vez los diferentes puntos de vista provenientes de los terapeutas que deben ser integrados resulta enriquecedor para todos los miembros del grupo (Badaracco, 2000; Ayerra & Atienza, 2003; Mascaró, 2011).

En el Grupo Multifamiliar interviene el campo de lo social, representado por el grupo grande, lo familiar y lo individual. Allí podrán escucharse las voces del individuo en sus diferentes roles (como sujeto, como miembro de una familia y como miembro de la sociedad y producto de la cultura) posibilitando así comprender desde cual o cuales dimensiones surgen las problemáticas. El terapeuta podrá entonces intervenir sobre los distintos campos y hacer visible el entrelazado de estas dinámicas.

La intervención terapéutica apunta a transformar los diferentes ámbitos que conforman el Grupo Multifamiliar generando condiciones para el desarrollo de nuevos recursos Yoicos (Maruottolo, 2009).

El terapeuta deberá procurar el establecimiento de un vínculo positivo el cual solo se logrará en la medida de que el paciente pueda sentir y comprobar una y otra vez la disponibilidad y estabilidad objetal que representa el terapeuta, capaz de contener los diferentes movimientos transferenciales. Es decir que el paciente debe poder sentir que hay alguien real fuera de él capaz de comprender y dar sentido al caos emocional en que vive. Así mismo se considera que el acompañamiento y la contención de los pacientes con mayor fragilidad yoica requiere a veces del contacto físico en momentos emocionales, que rescate al paciente de sentimientos de soledad (Atienza, 2002).

Las situaciones regresivas deben poder encontrar en el grupo un contexto capaz de proporcionar respuestas de cuidado y comprensión sobre las necesidades que se manifiestan. El terapeuta intentará establecer en el grupo y la familia un ambiente no disyuntivo ni totalizante, sino de reflexión y pluralidad de pensamiento que ofrezca respuestas que se ajusten a las necesidades humanas básicas, propiciando la expresión espontánea.

Se buscará desde la función terapéutica que cada integrante pueda conectarse con su sí mismo verdadero procurando la des-identificación de identificaciones patógenas y propiciando la aparición de nuevas identificaciones normogénicas.

A continuación se desarrollan tres de los principales ejes que determinan el trabajo del terapeuta en el Grupo Multifamiliar Psicoanalítico.

3.1 Rescatar la Virtualidad Sana

Badaracco (1978c) desarrolla en su teoría el concepto de virtualidad sana inspirándose para ello en afirmaciones del propio Freud (1938) sobre las psicosis. Este último señala que en los estados psicóticos la separación que se produce entre el Yo y la realidad nunca es absoluta, sino que se forman dos actitudes psíquicas, una que tiene en cuenta la realidad y otra que separa al Yo de la realidad. Estas actitudes coexisten simultáneamente y dependiendo de la intensidad de cada una será el resultado que se obtenga.

Freud (1938) afirma que:

Aún en el caso de estados que se han distanciado tanto de la realidad efectiva del mundo exterior como ocurre en una confusión alucinatoria (*amentia*), uno se entera, por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento, de que en un rincón de su alma, según su propia expresión, se escondía en aquel tiempo una persona normal, la cual, como un observador no participante, dejaba pasarse frente a sí al espectro de la enfermedad. (p.203).

La influencia de Wilfred Bion sobre este tema también resulta central dado sus planteos sobre la

existencia de una parte psicótica y otra neurótica de la personalidad, a las cuales define como dos modelos de funcionamiento mental que coexisten en todo ser humano en mayor o menor medida. Entre las características de la parte psicótica se encuentra una relación de objeto prematura, precaria y frágil que se instala tenazmente. Esto mismo dará forma a la relación transferencial psicótica. Paralelamente se desarrolla la parte neurótica de la personalidad con sus funciones de juicio de realidad, manejo simbólico y el establecimiento de la represión que separa la vida consciente de la inconsciente (citado en Espina, 1990).

Bleger (1964) también hace su aporte a este tema definiendo a la parte psicótica de la personalidad como un remanente de algo a lo que él llamó la posición glischro-cárica que sería la posición anterior a la esquizo-paranoide que define Klein (1935). A ese remanente le da el nombre de núcleo aglutinado y explica que el mismo está compuesto por identificaciones primitivas donde no hay discriminación entre Yo y no-Yo. Este núcleo aglutinado constituye la organización más primitiva del complejo de Edipo por lo cual persevera allí una fusión en la pareja parental y entre ésta y el Yo del sujeto.

Una vez concebida la existencia de una parte sana en el sujeto psicótico, para delimitar su idea sobre el trabajo con la virtualidad sana Badaracco (1978c) se apoya en los desarrollos de Winnicott (1959) quien también afirma que en la psicosis existe un sí mismo verdadero no desarrollado y oculto. Según este psiquiatra, en el análisis de la enfermedad narcisista puede descubrirse un individuo real que está oculto dentro del falso self y que es cuidado por éste. En cuanto al tratamiento, sostiene que en un principio el analista solo puede tener contacto con el self falso del paciente, actividad que es infructuosa y puede extenderse por mucho tiempo ya que el falso self puede colaborar con el analista indefinidamente. El verdadero análisis, sin embargo, comenzará cuando se logre tomar contacto con el self verdadero. En ese punto el paciente puede generar un período de dependencia extrema con el analista ya que, usando la misma metáfora que el autor, el niño ha quedado sin niñera, siendo el niño el verdadero self y la niñera el falso self. En este momento es de vital importancia que el terapeuta asuma el rol de funcionar como un yo auxiliar o un sostén que permita al self verdadero realizar los desarrollos que no pudo lograr en su momento, así como la madre debe hacerlo en los primeros momentos del crecimiento del niño.

El concepto de virtualidad sana tiene además la particularidad de concebir dicha virtualidad como un potencial, la potencialidad de la salud, es decir que a partir de la misma se podrán desarrollar los recursos y otros nuevos necesarios para potenciar recursos psico-emocionales que tengan, a su vez, el poder de desarmar las interdependencias patógenas enfermantes.

En el contexto del Psicoanálisis Multifamiliar al pensar al enfermo mental como un ser humano que está siendo permanentemente enfermado por “presencias” intra-psíquicas, es decir objetos enloquecedores, se entiende que hay una persona sana que, entrampada en interdependencias patógenas, no ha podido desarrollarse.

Por esto una clave fundamental para el abordaje terapéutico es comprender las actuaciones del paciente, que llevaron a la familia a pensar que estaba “loco”, como pedidos de auxilio de esa parte sana que expresa mediante la “locura” lo que no puede expresar con palabras. En ese sentido es importante que el terapeuta pueda descubrir más allá de los personajes que el paciente representa, los cuales son contruïdos con identificaciones, a la persona sana que aún habita en el interior del sujeto sin haber podido desarrollar su potencial (Badaracco, 1998).

Aquí se observa un punto de contacto con las experiencias de Winnicott (1959) quien relata que recién se puede entrar en contacto con el verdadero self del paciente al reconocer junto con éste las carencias en el desarrollo de su sí mismo verdadero y el predominio del falso self en sus relaciones.

El proceso terapéutico con eje en la virtualidad sana consiste en que el paciente pueda recorrer las etapas del desarrollo de aspectos de su personalidad que han quedado detenidos o escindidos pero pasibles de ser rescatados y realizar un re-desarrollo. Para ello hay que visualizar la salud que se esconde en lo que a simple vista parece ser lo más “loco”, pero que en el marco del proceso terapéutico se presenta como una oportunidad única para alcanzar la salud mental. Por tanto es fundamental ir detectando en el actuar y el hablar psicóticos las apariciones sanas (como pueden ser una emoción, un gesto de cariño o la aparición del sentido del humor, entre otras) que denoten espontaneidad y autenticidad. Estos aspectos de espontaneidad que van apareciendo y que quizá quedaron detenidos en su desarrollo por no haber sido tomados en cuenta en su núcleo familiar, deben ser señalados para acompañar al paciente a que pueda compartir emocionalmente lo que antes no pudo. Para esto es importante conseguir en el grupo un ambiente de respeto y solidaridad que facilite el desarrollo de nuevos recursos yoicos (Mitre, 2012).

Desde esta perspectiva se comprende entonces al brote psicótico y la violencia como pedidos de ayuda no operativos que quedan escondidos detrás de la patología. Allí se canalizan los conflictos primitivos y las necesidades que el Yo nunca pudo integrar, elaborar ni compartir. Cuando se produce en el tratamiento multifamiliar, la desorganización se considera una oportunidad para una reorganización más sana en la cual se juega el destino terapéutico del paciente (Badaracco, 1985).

En la misma línea hay que pensar la transferencia psicótica y estar atentos a reproches y reclamos compulsivos, así como considerar que la omnipotencia y el rechazo son mecanismos de defensa que utiliza el sujeto por el miedo a entrar en una dependencia extrema de similares características a las interdependencias patológicas que lo llevaron a enfermarse. Esto debe visualizarse como una actitud de defensa y de salud de su sí mismo verdadero (Mitre, 2012).

Si el terapeuta tiene la capacidad de percibir la virtualidad sana detrás de la omnipotencia y la violencia, el paciente podría percibir que se lo está entendiendo y que se toma en cuenta su parte sana. De esta forma podrá experimentar (muchas veces por primera vez en su vida) que puede contar con

alguien verdaderamente. Trabajar desde la virtualidad sana en la psicosis quiere decir que el analista debe reconocer la autenticidad del reclamo en lugar de que el paciente acepte la irracionalidad del mismo (Mitre, 2012).

Al entender de Badaracco (2002) mientras que la psiquiatría en general sigue considerando los síntomas psicóticos como solamente enfermedad, buscando eliminar rápidamente los delirios y alucinaciones, desde el Psicoanálisis Multifamiliar se entiende que así como los sueños son la vía regia al inconsciente, las actuaciones psicóticas son para el paciente el puente para abordar sus conflictos y carencias infantiles más primarias, que le permita poder trabajar en vías de lograr una relación objetal más sana y madura. En este sentido puede decirse que: “las producciones psicóticas, como los sueños, serían expresiones de aspectos narcisistas de la personalidad, que contienen lo que hay de potencial no desarrollado prospectivamente hacia una relación objetal más madura.” (Badaracco & Zemborain, 1975, p.3).

3.2 Trabajar en interdependencia

El Grupo Multifamiliar co-coordinado no solo ofrece soporte al paciente y su familia sino también a los terapeutas. El mismo ofrece la posibilidad de posicionarse de distintas maneras según los requerimientos del momento, pero por sobre todo ofrece al terapeuta la posibilidad de involucrarse en la problemática del paciente sin el riesgo de quedar inhabilitado por la magnitud de las emociones movilizadas.

En general se coincide (Mitre, 2003; Mascaró, 2011; Palleiro, 2012) en que la actitud más operativa del terapeuta en este tipo de dispositivo es la de posicionarse frente a los pacientes en una relación de igualdad, como una persona real y completa con todos sus problemas y contradicciones. Se debe establecer con los integrantes un vínculo auténtico, de profunda sinceridad, que posibilite identificarse con el sufrimiento del otro. De esta forma los pacientes podrán sentir que cuentan con un otro real en quien confiar, y con quien contar para sentirse un sí mismo verdadero. En esta posición el analista como persona real y disponible podrá quedar habilitado para funcionar como objeto estructurante cuando el paciente así lo requiera. Al mismo tiempo el Grupo Multifamiliar permitirá que el terapeuta trabaje, no tanto con el paciente, sino con la trama de interdependencias en la que éste se encuentra junto con su familia, posibilitándose así la función de incluirse como un tercero con miras a ir desarmando esa trama patológica.

Asumir esa relación, sin embargo, significa afrontar las complejidades que implica involucrarse como persona, con sentimientos y pensamientos propios que se traducen en actos, y al mismo tiempo mantener una cierta distancia emocional que posibilite aplicar el conocimiento extraído de la experiencia

de forma operativa. Para afrontar este asunto Mascaró (2011) entiende que reconocer al otro en su subjetividad, al tiempo que aceptar que éste otro es condicionado también por nuestra acción, es una actitud que favorece el esclarecimiento de la relación terapéutica. Asumir una verdadera relación igualitaria implica escuchar con respeto a sabiendas de que es más importante aprender del paciente que intentar aplicar un conocimiento, ya que es el paciente quien conoce mejor lo que le sucede. Esta actitud junto con la de no querer tener razón, tolerar la incertidumbre del no saber y respetar el tiempo de cada participante es la mejor manera de ayudar para que el otro pueda encontrar sus propias respuestas.

Al estar más disponible el terapeuta se encuentra también más expuesto y esta actitud de igualdad acelera la aparición de la transferencia psicótica. En el momento de manejar esta transferencia es importante tener en cuenta que se debe apuntar a rescatar al paciente de las tramas de interdependencias recíprocas con las que funciona. Para que ello sea posible el terapeuta debe lograr momentos con el paciente en que puedan salir de los vínculos perversos que esta transferencia implica y puedan sentirse bien juntos. De esta forma se podrán generar experiencias que serán muchas veces fundantes de un modo de vincularse distinto, que promueva el desarrollo de la confianza básica en un objeto estructurante así como la posibilidad de dejar de controlar permanentemente sus vivencias y sentimientos por el miedo a dañar al otro. Para lograr trabajar de esta forma sin quedar atrapado en un vínculo simbiótico y en interdependencias patógenas el terapeuta cuenta con el hecho de ubicarse en una trama con varias familias y otros terapeutas que participan en esa interdependencia como terceros, tejiendo una trama de asociaciones, desde sus propias vivencias, con lo cual se hace más fácil metaforizar la situación y centrar la tarea en la trama. En este sentido puede decirse que las familias y pacientes miembros del grupo conocen mejor que nadie los efectos de este tipo de vínculos, siendo sus aportes muy valiosos y pertinentes. La función que debe cumplir el terapeuta será la de ir visualizando las semejanzas entre los conflictos de las distintas familias para intentar generar conciencia en los integrantes del grupo sobre la universalidad de los problemas, a través de la identificación con los otros y de esa forma habilitar la metaforización de situaciones y problemas (Badaracco, 1985; véase también Burguillo, 2010; Palleiro, 2012).

Burguillo (2010) explica que en la terapia bi-personal psicoanalítica generalmente se trabaja permitiendo el establecimiento de una vinculación simbiótica para desde ella apuntar a que el paciente pueda paulatinamente modificar su relación de objeto, su realidad interna y sus defensas, para así posteriormente modificar su intervención en la realidad. La particularidad del Psicoanálisis Multifamiliar reside en que mediante el encuadre se puede trabajar sobre la representación externa de la relación de objeto del paciente, la cual se pone en juego en el contexto del grupo, siendo entonces la trama que se genera en el grupo el objeto de intervención. En este sentido tanto Burguillo (2010) como Mascaró (2007), priorizan el trabajo sobre los modos vinculares para luego, paulatinamente, ir accediendo a las representaciones internas, es decir funcionar más como un tercero que como un depositario del objeto.

Otros como Badaracco (1985) o Mitre (2003) proponen abordar y ocupar simultáneamente ambos lugares y funciones.

De todas formas el analista deberá tolerar y compartir con el paciente diversos roles transferenciales que surgen en el encuentro hasta que el paciente pueda comenzar, a través de una mayor integración yoica, a elaborar y comprender la naturaleza de su relación transferencial. Las interpretaciones del analista sobre la transferencia recién serán indicadas en ese momento, dado que hacerlo antes no sería apropiado para lograr acceder al self verdadero del paciente, sino que la relación terapéutica se mantendría en un nivel racional superficial (Badaracco, 1975).

Al trabajar en interdependencia sobre las interdependencias se pone en actos lo que no se puede poner en palabras, debido a que el analista trabaja actuando desde la trama, implicándose en la misma y sosteniendo al paciente desde sus propios recursos yoicos. De esta forma se pueden modificar y eventualmente resolver conflictos que deben su cualidad patológica a la misma trama de interdependencias en la que se encuentran. Esta perspectiva se fundamenta en que para producir un cambio verdadero no alcanza con “tomar conciencia” de los conflictos en un nivel racional, sino que deben producirse cambios en la trama del paciente que habiliten nuevos espacios mentales para poder pensar.

Al trabajar sobre las interdependencias introyectadas en algún integrante de una familia se pueden observar modificaciones en otro, aunque éste otro no asista al grupo. Esto se debe a que cuando un integrante de la familia cambia su actitud sobre determinado asunto, toda la trama familiar de interdependencias es afectada. Algunas veces las familias se resienten ante los movimientos que se producen en algún integrante, tendiendo a restablecer los vínculos de interdependencias que puedan haberse modificado. Esto sucede dado que todas las dependencias familiares son interdependencias recíprocas, por ende así como el paciente depende de la familia, ésta también depende del paciente y del rol que éste ocupa. Otras veces las regresiones que debe operar el paciente en algún momento de la terapia pueden ser vistas por la familia, sobre todo si ésta no lo acompaña en su proceso, como un empeoramiento de su condición, por lo cual se podría generar una reacción terapéutica negativa⁴ con consiguiente abandono de la terapia. Por estos motivos así como por los anteriormente expuestos se considera de vital importancia el hecho de que la familia asista al Grupo Multifamiliar (Badaracco, 2006; Atienza, 2002).

⁴ Se define la reacción terapéutica negativa como un tipo de “resistencia a la curación singularmente difícil de vencer: cada vez que cabría esperar, del progreso del análisis, una mejoría, tiene lugar una agravación, como si ciertos individuos prefirieran el sufrimiento a la curación. Freud atribuye este fenómeno a un sentimiento de culpabilidad inconsciente inherente a ciertas estructuras masoquistas”. (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 350).

3.3 Interdependencia y transferencia

El fenómeno de la transferencia es descrito por primera vez por Freud (1893) en “Estudios sobre la histeria”. Allí aparece conceptualizado como un falso enlace que se produce en la relación particular que se da entre paciente y analista. Este falso enlace es descrito como un tipo de resistencia extrínseca, en la cual el paciente deposita en el analista representaciones desagradables que aparecen en el transcurso del tratamiento. Mediante este mecanismo en lugar de recordar una experiencia desagradable se produce una repetición de la misma, donde se unen pasado y presente. De esta forma se dificulta, tanto para el paciente como para el analista, poder pensar sobre esto, ya que lo que está aconteciendo en el aquí y ahora es más difícil de analizar que aquello que está más lejano en el tiempo, sobre todo cuando, en el presente, involucra afectivamente a los dos protagonistas.

Este concepto es trabajado por Freud (1912) hasta que en su obra “Sobre la dinámica de la transferencia”, logra darle un cuerpo y coherencia más acabados. Allí se presenta a la transferencia como el mejor instrumento de la resistencia. Esto sucede debido a que la transferencia es la distorsión de la realidad más efectiva y a la vez fortalece a la resistencia. A su vez separa la transferencia en *negativa* y *positiva erótica* y *positiva sublimada*, siendo esta última la más adecuada para obtener resultados positivos en psicoanálisis. Sin embargo, en una terapia psicoanalítica podría ser funcional el establecimiento de una transferencia positiva erótica, la cual no es analizada, pero si utilizada por el terapeuta en pos del éxito del tratamiento. Posteriormente postula que el análisis de la transferencia es de gran utilidad para comprender los conflictos psíquicos del paciente, por tanto la transferencia pasa de ser considerada un obstáculo a ser el mejor instrumento para transformar, mediante su análisis, la repetición en memoria (Etchegoyen, 1997).

Sobre este aspecto, la relación transferencial que el paciente psicótico establece con el terapeuta, es la principal característica de esta patología por la cual la técnica psicoanalítica clásica se vio sobrepasada en su capacidad de abordaje.

A este respecto Freud (1916) afirma que “La observación permite conocer que los que adolecen de neurosis narcisistas no tienen ninguna capacidad de transferencia o sólo unos restos insuficientes de ella. Rechazan al médico, no con hostilidad, sino con indiferencia. Por eso este no puede influirlos” (p. 406).

Esta postura fue predominante durante mucho tiempo, sin embargo lentamente y en base sobre todo a los aportes de Melanie Klein, quien definió la identificación proyectiva como mecanismo de defensa en la posición esquizo-paranoide del lactante y Wilfred Bion, que diferenció esta identificación proyectiva en normal y patológica, se pudo comprender la existencia de una forma de relación transferencial particular de los pacientes psicóticos. Arthur Rosenfeld, basándose en las ideas kleinianas desarrolló el concepto de “psicosis de transferencia”, comprendiendo que en ella se actualizan las relaciones objetales de la

posición esquizo-paranoide. Entendió que era importante para el éxito de la psicoterapia trabajar sobre la transferencia, comunicando al paciente, mediante interpretaciones, la comprensión que el analista logra acerca de la misma. Wilfred Bion consideró que la transferencia psicótica si bien es frágil, es también tenaz, al tiempo que trabaja en función de atacar el vínculo con el analista (citados en Espina, 1985).

Así es que si bien se sostuvo durante mucho tiempo que estos pacientes no podían establecer una relación transferencial con el analista, posteriormente se observó que existe allí un tipo de transferencia particular a la cual se denominó transferencia psicótica.

Esta transferencia tiene la característica de ser en algunos momentos masiva, múltiple e indiscriminada, y en otros da la impresión de no existir, como si no hubiera contacto entre el paciente y el terapeuta. La misma puede ir entonces atravesando distintos matices pero para poder manifestarse necesita de objetos reales y estables en el entorno de la terapia (Atienza, 2002).

Badaracco (1983) comparte la idea de que la transferencia psicótica es brusca y masiva al tiempo que lábil, explicando que ésta (una vez establecida la relación paciente-terapeuta) puede aparecer de golpe y de forma intensa para luego interrumpirse inesperadamente. Este tipo de paciente tiende a recrear una relación narcisista e intenta establecer un vínculo simbiótico con el analista. Así puede bien, idealizarlo de forma excesiva generando una dependencia absoluta con el mismo, o bien rechazarlo violentamente por generar sobre él identificaciones proyectivas de objetos persecutorios. A través de su contratransferencia el analista puede reconocer cómo se actualiza en la transferencia psicótica los contenidos de vínculos narcisistas entre el paciente y su familia.

En el marco del proceso terapéutico, y según este autor, la transferencia psicótica puede entenderse como un intento del paciente por elaborar situaciones primarias que continúan inconclusas, recurriendo para ello a la capacidad del Yo del analista. De esa manera el paciente intenta encontrar en ese vínculo un objeto externo estructurante junto con el cual poder lograr un desarrollo Yoico que no pudo realizar anteriormente en el núcleo familiar. Al mismo tiempo que esto anterior sucede, se reviven en el vínculo terapeuta-paciente, aspectos traumáticos de la relación primitiva con los objetos parentales, donde surgen las identificaciones patógenas del paciente con los aspectos patológicos de estos objetos. Estas identificaciones patógenas pueden leerse como estructuras vinculares intrapsíquicas de carácter perverso, las cuales tienden a incluir al analista en esa dinámica. En ese campo vincular de naturaleza perversa en el que es incluido el analista, éste puede percibir que el paciente se posiciona desde un ideal del Yo patológico, al tiempo que deposita sobre él la imagen de objeto omnipotente y amenazador.

De esta forma el paciente psicótico intenta compulsivamente calmar su angustia a través del control omnipotente de la relación objetal, lo cual deviene en conductas sadomasoquistas, complicidades perversas y actuaciones psicóticas. Todos estos fenómenos se expresan muy poderosamente en la

transferencia psicótica. Así, muchas veces el analista puede ser vivenciado como un “objeto enloquecedor”, al tiempo que el paciente es quien se comporta como ese objeto. A su vez, el analista puede sentir contra-transferencialmente que, en esta relación sado-masquista, de alguna forma el paciente lo pone a prueba en cuanto a su capacidad, tanto para tolerar sus vivencias enloquecedoras, como para liberarlo de las identificaciones patógenas (Badaracco, 1985).

En la relación bi-personal es difícil manejar esta transferencia ya que el analista, por lo general queda incluido en una relación simbiótica muy invasiva dada la intensidad de la identificación proyectiva de la transferencia psicótica, lo cual tiende a anular al analista (Bleger, 1964).

La ventaja del trabajo grupal en este sentido radica en que, a diferencia del encuadre individual en el que la transferencia psicótica recae sobre el analista siendo este el depositario de los objetos internos del paciente, en los grupos la transferencia se irá estructurando sobre los diversos integrantes del mismo. De esta forma la transferencia psicótica masiva se transforma en múltiples transferencias, desplegando así el paciente la trama de interdependencias que lo configuran como sujeto. (Mandelbaum, 2014).

Kaës (2010) explica que en el trabajo con grupos se produce una difracción de la transferencia. Esto significa que se desarrollan las llamadas transferencias laterales, es decir las transferencias entre los mismos integrantes del grupo, que son diferentes a la que establecería un integrante con su terapeuta. En este tipo de transferencia se manifiestan simultáneamente muchos aspectos de la misma, los cuales en una terapia individual lo harían en forma sucesiva. Lo que sucede es que ésta transferencia difractada recae sobre los diferentes integrantes según la predisposición del sujeto, la cual está referida en última instancia a su grupo interno. En esta difracción se produce también una distribución económica de las cargas pulsionales. En la opinión del autor esto hace del grupo una situación de trabajo psicoanalítica para pacientes que no pueden tolerar un único objeto de transferencia, como los psicóticos o borderline.

El fenómeno de la difracción de la transferencia o transferencias múltiples es retomado por Mascaró (2011), quien lo redefine como “transferencia dispersa” por la forma en que la misma se reparte entre los miembros del grupo, reduciendo así la carga emocional sobre el terapeuta. Este autor pone el énfasis en que la reducción de la carga emocional es lo que permite al terapeuta el manejo más eficaz de los contenidos transferenciales, ya que al volverse más tolerable su intensidad se posibilita pensar más claramente. Según este esquema, el Grupo Multifamiliar actuaría como lo hace un prisma con la luz, descomponiendo el haz en los diversos colores primarios. Al descomponerse la transferencia masiva en sus distintos elementos, reduciéndose la intensidad de la misma en cada una de sus expresiones, esto facilita a su vez la emergencia de aspectos más profundos de cada una de esas expresiones. Estos aspectos más profundos, los cuales generalmente están relacionados con necesidades de crecimiento y desarrollo de la personalidad, serían de otra forma intolerables por su



Los grupos grandes permiten entonces trabajar con la identificación proyectiva masiva que es característica de la transferencia de los pacientes psicóticos. Es así que los pacientes pueden establecer transferencias múltiples distribuidas sobre las diferentes personas que integran los grupos, correspondiéndose estas transferencias a los muchos personajes que integran la mente fragmentada de estos pacientes (Badaracco, 2000).

Es decir que se actúa en vivo y en directo el tipo de interdependencia patógena que existe en forma latente y que estos grupos tienen el poder de poner de manifiesto más que otros contextos. Estos fenómenos presentan las características de actuaciones transferenciales. (Badaracco, 2000, p. 221).

La transferencia en el Grupo Multifamiliar es concebida como la dimensión inconsciente de las relaciones de interdependencias que se producen entre sus integrantes, es decir que las interdependencias que se producen en el grupo pueden leerse como actuaciones transferenciales.

En este punto fundamental el Psicoanálisis Multifamiliar se basa en las ideas de Pichón-Rivière (1985) quien, a partir de su planteo sobre la dramática inconsciente que configura el mundo interno del sujeto como un escenario, explica la transferencia en los grupos. Este psicoanalista caracterizó el mundo interno del sujeto como un grupo interno, el cual a su vez tiene su origen en las experiencias familiares. Estas experiencias internalizadas han funcionado como modelo de las dinámicas vinculares.

Mediante estas teorizaciones advierte que en el funcionamiento grupal los sujetos ponen en escena su dramática interna, produciendo un “encubrimiento” de las personas reales en el grupo por los personajes de su historia. De esta forma el grupo cumple la función de un espacio transicional en el cual el sujeto dramatiza sus argumentos internos mediante proyecciones, produciendo así los fenómenos transferenciales. Es así que éste autor comprende que en el campo grupal se producen las “transferencias múltiples” facilitada por la presencia de múltiples objetos transferenciales.

Continuando con este pensamiento, los impulsores del Psicoanálisis Multifamiliar sostienen que también la relación transferencia-contratransferencia debe incluirse para su estudio y manejo dentro de la complejidad de las interdependencias recíprocas, es decir que la relación transferencial con el analista es vista como un caso particular de interdependencia recíproca. De esta forma se entiende que se puede vivir la relación terapéutica de una manera más igualitaria, lo cual es algo que el paciente psicótico necesita vitalmente (Mitre, 2003).

En esta misma línea Mascaró (2011) entiende que en la relación terapéutica con la población psicótica es fácil que se generen interdependencias patógenas dada las características de la transferencia. Esto es algo que se puede manejar mucho mejor en el Grupo Multifamiliar dado que, además de la anteriormente explicada dispersión, el trabajo en co-terapia y la capacidad de contención del grupo no solo son beneficiosos para las familias, sino también para los terapeutas que pueden obtener mayor sostén para distanciarse de sus propias dificultades. Es decir que la presencia de otros,

entre los cuales se encuentran los demás terapeutas, pueden rescatar a los miembros del grupo de las interdependencias patógenas que se producen en la trama transferencial.

Aventurándose aún más lejos, Mascaró (2011) plantea la transferencia no solo como una interdependencia entre integrantes o entre paciente y terapeuta, sino que además coincide en algunos aspectos con una concepción lacaniana donde la contratransferencia es entendida como la transferencia del analista.

Lacan, a diferencia de Freud, no opina que la contratransferencia sea una respuesta del analista a la transferencia que el paciente ejerce sobre él, sino que el prefijo “contra” solo indica el sentido de la transferencia (de terapeuta a paciente). Es decir que el analista hace el mismo movimiento que el paciente pero en sentido contrario. Lacan argumenta su afirmación diciendo que no hay motivo para no considerar a la contratransferencia como “la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las perplejidades, incluso de la insuficiente información del analista en tal momento del proceso dialéctico” (Lacan, 1957, p. 46 en Etchegoyen, 1997, p. 244).

Mascaró (2011) entiende que la relación transferencial entre terapeuta y paciente es bi-direccional y cuestiona el concepto de contra-transferencia por entenderlo reduccionista al tomar en cuenta solamente el impacto transferencial del paciente sobre el terapeuta.

Lacan, sin embargo, entiende que la transferencia no es algo inherente al ser humano que la práctica psicoanalítica solo descubre y utiliza como insumo de análisis. En cambio asegura que la transferencia se produce cuando el analista opera equivocadamente e interrumpe la dialéctica del proceso analítico. Ésta concepción Lacaniana concibe el análisis de la contratransferencia como un tema de neutralidad o higiene del vínculo (Etchegoyen, 1997).

En cuanto a este punto, en la corriente multifamiliar se coincide (Mascaró, 2011; Mitre, 2003; Mandelbaum, 2014) en que toda relación humana es transferencial, se establezca ésta o no dentro de un ámbito terapéutico. De esta forma se plantea el grupo como un campo determinado por las transferencias de todos los participantes incluida la de los terapeutas, siendo esto lo que determinará las características transferenciales que serán movilizadas. Badaracco (1967) en ese sentido mantiene una visión más clásica, donde si bien concibe a la relación transferencial como una interdependencia recíproca, concibe la contratransferencia del analista como respuesta a la transferencia del paciente.

Mascaró (2011) por su parte entiende que el terapeuta no debe comprender la transferencia sólo como una repetición del pasado, sino visualizarla como una forma de organizar las situaciones que se viven en el presente. La importancia de la situación terapéutica entonces también radica en que el paciente pueda rescatar el pasado y organizar el presente de una forma novedosa.

En los Grupos Multifamiliares las transferencias múltiples que se despliegan tienen además varias modalidades de las cuales Mandelbaum (2014) describe tres. En primer lugar la transferencia Interpares hace referencia al establecimiento de interdependencias entre los miembros de distintas familias, donde se repiten aquellas interdependencias que contribuyeron al establecimiento de los conflictos. En este

caso se da entre pares jerárquicos de distintas familias que probablemente se encuentran cercanos en la franja etaria, por ejemplo un padre con otro padre. En segundo lugar menciona la transferencia Intergeneracional, donde se vislumbra que el autor adscribe a la idea de que la transferencia no es exclusiva de la situación analítica. En dicha modalidad transferencial se tomaría por objeto a alguien de una generación distinta, siendo en primer momento estas transferencias las que estructuran las interdependencias dentro del propio seno familiar. Es decir que el niño vive en su familia la transferencia de sus padres, la cual en el caso de ser negativa (es decir del orden de la hostilidad o erotización del vínculo) producirá interdependencias patógenas. En el grupo multifamiliar se produciría una suerte de repetición donde se actualizan dichas interdependencias, proyectándose hacia los distintos componentes del mismo. Al manifestarse estas interdependencias en el grupo, el terapeuta tiene la oportunidad de intervenir sobre las mismas. Por último el autor describe la transferencia negativa, la cual puede dividirse en dos sub-tipos. Por un lado, la transferencia negativa sobre otros familiares o integrantes del grupo que pueden ser asociados con figuras de su pasado que afectaron negativamente su desarrollo; por otro, la transferencia negativa sobre los terapeutas. Esta última puede ser el resultado del desplazamiento de sentimientos agresivos surgidos del intercambio con la propia familia, que por su intensidad no pueden ser expresados hacia el seno familiar. La misma puede ser manifestarse mediante agresión verbal, conductas violentas o burlas frente a intervenciones del terapeuta así como hacia otros pacientes. Esto último sería resultado de un nuevo desplazamiento donde los sentimientos agresivos hacia el terapeuta serían desplazados hacia otro integrante con el fin de proteger al primero.

Considerando este escenario donde se presenta al ser humano como un ser hiper-complejo atravesado por diferentes dimensiones que configuran un mundo interno determinado por objetos e interdependencias recíprocas internalizadas, el Grupo Multifamiliar presenta especial utilidad para que el terapeuta pueda observar y abordar ese mundo relacional, el cual se despliega mediante las múltiples transferencias en un contexto de familia ampliada. A su vez este contexto facilita la experiencia de rescatar aspectos sanos del paciente, relacionados con la necesidad de crecimiento, que podrían quedar opacados por la intensidad de una transferencia que se expresa a través de reproches (Mascaro, 2011).

A este respecto Mitre (2003) entiende que cuando el analista en su contra-transferencia vivencia la transferencia psicótica como algo peligroso, intenta inconscientemente evitar el despliegue de una carga intensa, para lo cual genera con el paciente una complicidad inconsciente. Esto lleva a que el intercambio entre ellos se sostenga a un nivel intelectual que mantiene aplacado este fenómeno mediante un clima “pseudo”, es decir un “como si”. Esta complicidad es percibida por el paciente como un nuevo sometimiento donde no se respeta su sí-mismo verdadero, siendo la manifestación y el desarrollo de éste, su más imperante necesidad. De esa forma se corre el riesgo de establecer pseudo-vínculos superficiales con el falso-self del paciente, lo cual contribuye a reforzar la tendencia al no



Para el Psicoanálisis Multifamiliar es fundamental que el analista pueda visualizar la potencialidad sana que se expresa en la transferencia psicótica tolerando sus actuaciones. Estas son la expresión de necesidades primitivas y núcleos condensados e indiscriminados de la mente que necesitan ser actuados, para luego ser integrados al aparato psíquico como pensamiento. De lo anteriormente expuesto se desprende que la transferencia en el Grupo Multifamiliar se convierte en algo extremadamente complejo a la vez que se abren puertas para que el terapeuta pueda trabajar y profundizar en ella.

3.4 Interdependencia y neutralidad

La neutralidad terapéutica según Laplanche y Pontalis (2004) se basa en que el analista debe abstenerse de transmitir o dirigir la cura en función de valores religiosos, morales y sociales, así mismo evitar los consejos y no entrar en el juego de las manifestaciones transferenciales del paciente.

El problema de la neutralidad está directamente vinculado al campo de la transferencia-contratransferencia desde su nacimiento en la obra freudiana, donde aparece relacionado al “amor de transferencia”. Badaracco (2006) entiende que el tema no es tan lineal como se desprende de la definición anterior, sino que se encuentra en un campo de contradicciones y situaciones dilemáticas. Este autor sostiene que este concepto tan rígidamente definido puede resultar artificial e incluso contraproducente dada la complejidad de los asuntos de que se ocupa el terapeuta, donde el conflicto que aparece en la transferencia con el analista debe ser concebido como parte de una trama a la cual el analista no puede ser indiferente.

Dado su nacimiento conjunto el concepto de neutralidad está íntimamente ligado al de abstinencia, siendo a su vez ambos atravesados por una ética de la técnica psicoanalítica a la cual quedan subordinados. En este sentido Badaracco (2006) entiende necesario diferenciar el principio de neutralidad del afán por prevenir conductas incorrectas del analista. Para este autor el tema se desarrolla a un nivel más profundo que se encuentra en el campo de las interdependencias recíprocas entre paciente y analista. En este nivel el paciente necesita contar con el analista en un sentido mucho más comprometido de lo que sugiere la metáfora del cirujano⁵ y para lo cual sería contraproducente permanecer “indiferente” ante el sufrimiento del otro.

Buscando dar forma a este asunto el autor toma de Ana Freud la idea de que la neutralidad técnica

5 Freud (1912) expresa: “En el tratamiento psicoanalítico tomen por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte”. (p. 114).

implica mantenerse equidistante del Ello, el Yo y el Superyó, pero al mismo tiempo reconoce que el desempeño del Yo en las tareas que se promueven en el Psicoanálisis Multifamiliar será mucho mejor si éste puede contar con el analista. Por tanto propone que neutralidad será entonces no entrar en complicidades con el Ello ni con el Superyó, pero sí apoyar al Yo y a la virtualidad sana a que puedan desarrollarse (citado en Badaracco, 2006).

Badaracco (2006) entiende entonces que en el tratamiento de pacientes graves estos deben poder contar con el analista de forma que puedan utilizar los recursos yoicos de este último para poder pensar mejor lo que no se puede pensar solo. Para que esto suceda es necesario que el analista al verse involucrado a nivel transferencial mantenga un verdadero respeto por la persona y la trama vincular en la que está inmerso, es decir las interdependencias patógenas, ya que en cierta forma el paciente también pone a prueba la neutralidad del analista para con sus objetos enloquecedores, con los cual mantiene una relación simbiótica. El terapeuta debe ser capaz de poder vivir la relación con el paciente manteniendo la disponibilidad para cuando éste lo necesita, pero al mismo tiempo no ocupar un lugar, es decir mantenerse en una posición eventualmente prescindible. Esto hace de la neutralidad algo sutil y difícil de sostener, ya que no implica que el terapeuta no deba vivir emociones fuertes, sino todo lo contrario, es decir poder vivir las emociones fuertes acompañando y sosteniendo al paciente con los propios recursos yoicos. Quiere decir que la neutralidad en este caso estaría dada por la capacidad de vivir la experiencia con la intensidad necesaria para ayudar al paciente pero luego poder volver a un estado de neutralidad permanente. Esto implica al terapeuta el tener recursos yoicos genuinos suficientes que le permitan compartir situaciones dolorosas, cumpliendo diferentes roles para luego salir de los mismos.

En este sentido hay una cierta concordancia con lo planteado por Kaës y Anzieu (1979) donde los autores opinan que el coordinador de un grupo psicoterapéutico de corte psicoanalítico necesita dejarse ganar por los procesos psíquicos que se dan en el grupo lo suficiente para experimentarlos, pero al mismo tiempo mantener una neutralidad suficiente que le permita interpretarlos.

Al entenderse desde el Psicoanálisis Multifamiliar que la relación transferencial es una interdependencia recíproca donde el paciente acciona desde identificaciones patógenas, dado que no ha podido neutralizar el poder enloquecedor de sus objetos y por lo cual se ve obligado a asumir esta identidad como un personaje, Badaracco (2006) explica que el analista debe interactuar entonces con ese “personaje” pudiendo neutralizar su poder patógeno que ahora se ejerce sobre él y sobre el grupo a través de la transferencia. De esa forma el analista posibilita al verdadero Yo del paciente para que desarrolle recursos yoicos más genuinos. Esta situación podría ser evaluada como lo totalmente opuesto a la neutralidad, es decir como una actuación contratransferencial del terapeuta. Sin embargo, el autor opina que en este caso la neutralidad se encuentra en poder asumir las contra-actuaciones (es decir la respuesta a las actuaciones del paciente) necesarias para, acompañando al paciente en su

revivir de la situación traumática rescatar al verdadero self y a la virtualidad sana atrapada. La neutralidad también se encuentra en que en cierta medida el terapeuta siempre actúa desde un “como-sí”.

Esta conceptualización de la neutralidad tiene algunos puntos de contacto con lo que plantea Kernberg (1998) sobre la neutralidad técnica en la psicoterapia psicoanalítica cuando se trabaja con pacientes graves. Este sostiene que si bien la neutralidad es una herramienta esencial de la técnica psicoanalítica hay circunstancias, como es el tratamiento de pacientes con patologías severas, en que esta debe ser abandonada por momentos. Ello sucede por la necesidad de controlar las situaciones de acting-out que pueden poner en riesgo la vida o el tratamiento. Entiende que estos fenómenos no son pasibles de resolver por medio de la interpretación sin antes estructurar o establecer límites. En estos casos la neutralidad será abandonada una y otra vez, pero lo esencial es que tal abandono debe ser luego inmediatamente explorado para intentar establecer las implicaciones transferenciales del comportamiento del terapeuta, así como analizar dicha transferencia e interpretar las actitudes del paciente. De esta forma se intenta volver a un estado ideal de neutralidad técnica.

Con respecto a la influencia que tiene el terapeuta sobre el paciente en cuanto a la posibilidad de éste último de resolver de forma autónoma su situación, Badaracco (2006) expresa que una forma de minimizar la influencia es trabajar con hipótesis. Es decir que los planteos del terapeuta no deben ser afirmaciones sino puntos de vista que se ponen a consideración del paciente para a partir de ellos poder pensar juntos y acompañarlo en la elaboración del conflicto.

En este punto el creador del Psicoanálisis Multifamiliar explicita su coincidencia con la postura de Renik (1996), quien a su entender, mediante su forma de trabajo respeta la virtualidad sana de sus pacientes.

Renik (1996) plantea la necesidad de trabajar con hipótesis dado que sostiene la existencia de un conflicto en el objetivo terapéutico de las psicoterapias psicoanalíticas en tanto que, por un lado se intenta influenciar al paciente y por el otro se intenta no forzarlo. El autor explica su afirmación diciendo que en su origen el concepto de neutralidad proporcionaba a los analistas la certeza de que no actuaban por sugestión, a diferencia de los terapeutas. Sin embargo explica que hoy en día debería aceptarse que tan pronto como el analista contribuye interpretativamente a la auto-investigación del paciente, está generando sobre éste una influencia proveniente de su subjetividad.

El autor toma la idea de trabajar con hipótesis de los terapeutas sistémicos de Milán, para quienes la hipótesis planteada por el terapeuta cumple la función de organizar todos los elementos y datos confusos anexos a un síntoma, de forma que tomen sentido en el marco de la particularidad de una familia. La veracidad de dicha hipótesis quedará librada a la valoración sobre su funcionalidad para el éxito del proceso terapéutico. Es así que para esta corriente la neutralidad, no significaría realizar



interpretaciones objetivas, sino que refiere al no establecimiento de alianzas con ninguno de los integrantes de la familia.

Renik (1996) va aún más lejos planteando que de hecho la neutralidad no debiera ser un ideal al cual apuntar, si bien considera que hay temas sobre los que es mejor no emitir opinión, entiende que esta decisión se toma también a base de juicios personales. Opina que si se reconoce la no neutralidad y en cambio se incluye al terapeuta en su compromiso con la terapia, se abren las puertas para analizar todos los factores que están en juego, lo cual proveería a la comunidad psicoanalítica un carácter científico mayor fundamentado desde el punto de vista de la complejidad.

Si bien Badaracco (2006) afilia a la idea de Renik (1996) acerca de la poca utilidad del concepto de neutralidad, al mismo tiempo plantea en su forma de trabajo un constante retornar a un cierto estado de neutralidad al estilo de lo expresado por Kernberg (1998).

Palleiro (2014) en cambio plantea la posibilidad de una intervención libre de neutralidad técnica lo cual implica compartir con el paciente la vivencia, la investigación y las dudas, para intentar comprender y comprenderse junto con él. Así mismo, entender la tragedia humana desprovistos de seguridades y desde una postura horizontal con un fuerte énfasis en los Derechos Humanos. Para ello plantea un setting democrático y plural que habilite el cambio de la postura neutral del terapeuta hacia una postura humanista y humanizada la cual no está libre de contradicciones con el viejo paradigma. Así mismo esta psiquiatra plantea (E. Palleiro, comunicación personal, 29 de enero de 2015) que, en el Psicoanálisis Multifamiliar puede permitirse un acortamiento de la distancia afectiva y terapéutica, siempre que esto esté al servicio del grupo y pueda contribuir a la elaboración del proceso colectivo. Para ello es fundamental respaldarse fuertemente en el trabajo en co-terapia.

Reflexiones finales

El Psicoanálisis Multifamiliar surge en un momento de transición de paradigmas, donde lentamente comienza a instalarse el pensamiento complejo (Morin, 2006) el cual influye sobre la mayoría de las disciplinas científicas, afectando así mismo a las psicoterapias psicoanalíticas.

Esta transición hacia la complejidad se ve reflejada en el Psicoanálisis Multifamiliar desde su creación, debido a que el mismo va conformándose mediante la influencia de diversas teorías, entre ellas las que integraron el Psicoanálisis a las terapias de grupo, las terapias familiar y sistémica norteamericanas, así como los desarrollos de Pichón-Rivière en el Río de la Plata.

En este cambio de paradigmas se destacan en el Psicoanálisis Multifamiliar algunas particularidades las cuales se mencionan a continuación.

- Uno de los principales aspectos refiere al cambio en la concepción de la enfermedad mental. Allí se pasa de entender que es un individuo aislado el que ha enfermado, a considerar al mismo en tanto emergente de una trama familiar que funciona de forma patológica. Este cambio repercute en las prácticas terapéuticas destinadas a trabajar con paciente graves, en las que comienza a incluirse a las familias buscando intervenir sobre las tramas vinculares y dinámicas familiares, para así habilitar el desarrollo saludable que se ha visto impedido en los pacientes. En este sentido el Psicoanálisis Multifamiliar al trabajar con muchas familias simultáneamente ofrece al terapeuta la posibilidad de acceder más rápida y claramente a estas dinámicas, al tiempo que propicia la identificación y apertura entre las familias. Esto implicaría una novedad en torno a la posibilidad de mejoría de dichos pacientes, generalmente catalogados como “difíciles” por la dificultad que implica su abordaje desde la técnica psicoanalítica.

- Otro aspecto a destacar refiere a la posibilidad de trabajar simultáneamente con varias de las dimensiones que constituyen y condicionan al sujeto, a saber: lo social, lo familiar y lo individual. Esta novedad que el dispositivo plantea desafía la tarea del terapeuta, la cual se ve también complejizada. El hecho de poder observar al sujeto funcionando en todas estas dimensiones proporciona una perspectiva más amplia y la oportunidad de intervenir sobre las tramas vinculares, las cuales son expresión de la relación con sus objetos internos, así como también permite trabajar sobre las representaciones internas funcionando como un depositario del objeto.

- En el contexto multifamiliar las familias también son “los pacientes”, es decir que el trabajo del terapeuta sobre los modos vinculares y las relaciones de objeto se extiende hacia todos los integrantes del grupo y no solo se acota al “paciente designado”. De esa forma se trabaja al mismo tiempo sobre muchas de las variables del sistema familiar que mantienen la trama enfermante, es decir que se trabaja sobre las interdependencias recíprocas con varios integrantes de las mismas. Esto favorece el proceso

de “cambio psíquico” dado que cuando se trabaja con solo un integrante de una trama de interdependencias recíprocas se dificulta mucho el cambio, puesto que el resto del sistema familiar continúa trabajando en el sentido de mantener el equilibrio previo.

- La tarea del terapeuta se ve enriquecida también por la posibilidad de trabajar con la transferencia psicótica (la cual se difracta en el grupo mostrando los contenidos de sus diferentes expresiones) pero sobre todo por entender la relación transferencial como un tipo de interdependencia recíproca. Así mismo tanto el hecho de trabajar con varias familias como el de hacerlo en co-terapia, posibilita al terapeuta ocupar distintos roles transferenciales, al tiempo que ser rescatado por el grupo o los terapeutas de interdependencias recíprocas patógenas o simbiosis patológicas en las que puede verse implicado. En la misma línea el hecho de comprender el establecimiento de interdependencias entre los integrantes del grupo como relaciones transferenciales (transferencias laterales) proporciona al terapeuta gran cantidad de material para la comprensión de los modos vinculares de las familias.

- La posibilidad del terapeuta de establecer diversas interdependencias con los pacientes al tiempo que ser rescatado de las mismas por sus colegas, complejiza también el manejo así como la conceptualización de la neutralidad terapéutica. Al respecto, y en base a la revisión bibliográfica realizada, se desprende que sobre dicho tema aún no se han establecido acuerdos claros entre los referentes del Psicoanálisis Multifamiliar. Sin embargo se ven coincidencias respecto a trabajar con hipótesis, manteniendo una actitud comprometida con la problemática del paciente, respaldada por el trabajo en co-terapia, el cual permitiría un constante retornar a una neutralidad ideal.

A partir de las concepciones de interdependencia, transferencia y neutralidad desarrolladas en este trabajo, se plantea la cuestión del desafío que debe afrontar el terapeuta al trabajar con la posible auto-culpabilización que pueda surgir en las familias. Si bien desde la teoría se habla de que toda la familia está inmersa en una trama patógena, resulta razonable pensar que las figuras parentales puedan sentirse responsables y auto-culpabilizarse por la construcción de dicha trama, la cual deriva en la enfermedad que ha emergido en uno de los integrantes. Al respecto el terapeuta debe poner especial atención en su contra-transferencia para no reforzar él mismo dicha culpabilización, dado que al enfrentarse a una situación ya configurada de relaciones sádicas y aglutinamiento familiar podría surgir fácilmente tal sentimiento.

En un contexto tan complejo que pone en cuestión el quehacer del terapeuta surgen las afirmaciones referidas a que el Psicoanálisis Multifamiliar fomenta la apertura mental de las instituciones y los profesionales que lo llevan a cabo. En este sentido podría pensarse que, si bien este dispositivo verdaderamente favorece el intercambio constante entre los diferentes niveles de existencia del sujeto, incluyendo a los terapeutas, al mismo tiempo parece demasiado ambicioso pensar que el dispositivo por sí solo pueda eliminar en los profesionales la actitud de apego a constructos teóricos e institucionales

desde una lógica conservadora. En todo caso dicha actitud pareciera estar vinculada en mayor medida a las características propias de cada persona. Si bien resulta valioso y entendible que el creador de esta teoría y técnica convoque a quienes vienen detrás a tener una actitud creativa y desprejuiciada frente a la misma, esto no parece ser algo que el dispositivo por sí mismo pueda asegurar.

Por último interesa destacar que mediante la realización del presente trabajo surgen reflexiones en torno a la posible extensión del dispositivo multifamiliar, en el entendido de que el mismo plantea interesantes posibilidades de abordaje psicoterapéutico que podrían aplicarse a otras poblaciones. En este sentido, tanto Mandelbaum (2014) como Sempere et al. (2012) sostienen que dicho dispositivo es idóneo tanto para ser utilizado en grupos de adictos como en otros ámbitos extra hospitalarios tales como el educativo, comunitario o el jurídico. Estos autores han estado trabajando de esta forma en España y Argentina desde hace varios años y explican que el modelo multifamiliar se ha implantado con éxito en dichas experiencias. Este planteo adquiere particular relevancia en la actualidad en nuestro país, dado el contexto donde, mediante el nuevo Plan de Prestaciones en Salud Mental⁶ que comienza a aplicarse en el 2011, se pretende ofrecer una mayor cobertura psicoterapéutica para los usuarios mediante modalidades de grupo. Si bien esta monografía se ocupa especialmente del trabajo con pacientes psicóticos y sus familias, dado que ésta ha sido la tendencia predominante en los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, sería interesante que pudieran abrirse en nuestro país nuevas líneas de investigación en torno a los posibles beneficios de aplicar el mismo con otras poblaciones, tanto en el marco del Plan anteriormente mencionado así como en otros ámbitos extra hospitalarios.

* * * * *

6 El Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental se enmarca dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, y forma parte del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

Referencias Bibliográficas

1. Atienza, J. (2002). Psicoterapia dinámica de la Psicosis. *Avances en salud mental relacional*, 1(2), julio 2002. Recuperado desde: www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/0102pdd.htm
2. Ayerra J. & Atienza J. (2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Avances en salud mental relacional*, 2(1), marzo 2003. Recuperado de http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/989.pdf
3. Badaracco, J. (1967). Contribución al estudio del 'proceso analítico'. Manuscrito presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 27 de abril de 1967.
4. Badaracco, J. & Zemborain, E. (1975). El narcisismo en pacientes psicóticos: Analizabilidad de las "neurosis narcisistas" en función del comportamiento del analista como objeto externo. *Revista de Psicoanálisis*, 32(3), 503 – 521.
5. Badaracco, J. (1978a). La familia como contexto real de todo proceso terapéutico. *Terapia Familiar*. 1, 9-16.
6. Badaracco, J. (1978b). Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 529-578.
7. Badaracco, J. (1978c). La noción de 'deficit de recursos yoicos' en psicoanálisis. Manuscrito inédito.
8. Badaracco, J. (1983). El psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos. *Revista de Psicoanálisis*, 1, 693-709.
9. Badaracco, J. (1984). Introducción al panel "Casos difíciles". Manuscrito inédito
10. Badaracco, J. (1985). Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto de 'objeto enloquecedor'. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 214-242, mayo-junio de 1985.
11. Badaracco, J. (1986). Comunidad terapéutica y psicoterapia institucional. *Psiquiatría*, Editorial Médica Panamericana, 1986, 625-627.
12. Badaracco, J. (1989). Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficit de desarrollo de recursos yoicos. *Diagnóstico en psiquiatría*, (Guimón, J.E., Mezzich, J.E. y Berru, G.E., eds.), Salvat, 1989.
13. Badaracco, J. (1998). Psicoanálisis Multifamiliar para el abordaje de la patología mental grave. *Psychothérapies*, 18,(1), 3-14.
14. Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del si mismo*. Buenos Aires: Paidós
15. Badaracco, J. (2002). Comentario sobre el trabajo de Enrique Pichon-Rivière: 'Neurosis y psicosis: una teoría de la enfermedad'. *Revista de Psicoanálisis*, 59(4), 891-898, diciembre, 2002.

16. Badaracco, J. (2006). El Psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la 'virtualidad sana'. Manuscrito Inédito
17. Badaracco, J. (2007). El mundo de las 'interdependencias recíprocas'. Manuscrito inédito
18. Badaracco, J. (2009). "Sobre la 'mente cerrada'". Manuscrito inédito.
19. Bateson, G. (1972). *Doble vínculo y esquizofrenia: el síndrome y sus factores patogénicos interpersonales*. Buenos Aires : Lohlé
20. Bion, W. (1979). *Experiencias en grupos*. 5ta ed. Buenos Aires: Paidós
21. Bleger, J. (1984). *Temas de psicología: (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión
22. Bleger, J. (1964) "Simbiosis: Estudio de lo parte psicótica de la personalidad" Manuscrito presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, en abril de 1964. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 6, febrero 2003.
23. Burguillo, F. (2010). La magia del Psicoanálisis Multifamiliar. La articulación del modelo Psicoanalítico con la realidad del trabajo en el sistema público. *Avances en Salud Mental Relacional*, 9(2), diciembre 2010.
24. Busto, A. (1999). Evolución de la psicoterapia analítica de grupo. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. 89, junio 1999.
25. Busto, A. (2001). Entrevista a Mercedes y Héctor Garbarino. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. 93.
26. Etchegoyen, R. (1997). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu
27. Espina A. (1985). Sobre la psicosis de transferencia. *Revista Clínica y Análisis Grupal*, 36, 273-296. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/08-psicosis%20de%20transferencia.pdf
28. Espina A. (1990). La parte psicótica de la personalidad en el fronterizo I. *Revista Clínica y Análisis Grupal*, 12(1), 65-84. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/14-borderline1.pdf
29. Freud, S. (1893). "Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos" en Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-99). *Obras completas* 3, 2da ed. Buenos Aires: Amorrortu
30. Freud, S. (1912). "Sobre la dinámica de la transferencia" en Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913). *Obras completas* 12, 2da ed. Buenos Aires: Amorrortu
31. Freud, S. (1916). "27º conferencia. La transferencia" en Conferencias de introducción al psicoanálisis, Parte III (1916-17). *Obras completas* 16, 2da ed. Buenos Aires: Amorrortu
32. Freud, S. (1938). "Esquema del psicoanálisis" en Moisés y la religión monoteísta Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-39). *Obras completas* 23, 2da de. Buenos Aires: Amorrortu
33. González, J. (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. Mexico : El Manual Moderno

34. Grinberg, L., Langer, M., & Rodrigué, E. (1961). *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires: Paidós
35. Jackson, D. (1984). *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión
36. Kaës, R., & Anzieu, D. (1979). *Crónica de un grupo*. Barcelona: Gedisa
37. Kaës, R. (2010). *Un singular plural: El psicoanálisis ante la prueba del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu
38. Kernberg, O. (1998). "sicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64(2), agosto 2000.
39. Klein, M.(1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En Klein, M. *Amor, culpa y reparación*. Obras Completas 1. Barcelona: Paidós.
40. Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
41. Machioli, F. (2009). La psicosis en la familia: modelo para armar. Jorge García Badaracco y la versión de algunos conceptos psicoanalíticos (1960-1979). Manuscrito presentado en las "I Jornadas de Historia, Psicoanálisis y Filosofía", Buenos Aires. Recuperado de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Macchioli_Badaracco_Psicosis_Familia.htm
42. Macchioli, F. (2012). Inicios de la terapia familiar en la Argentina. *Estudios e Pesquisas em Psicologia*, 12(1) 274-287.
43. Mandelbaum, E. (2014). El Grupo Multifamiliar: ¿Que, como, para que? Recuperado de <http://gruposmultifamiliares.blogspot.com/2014/04/que-como-y-para-que-de-los-grupos.html>
44. Markez, I. (2009). Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge Garcia Badaracco. *Revista Norte de salud mental*, 34(120), 85-93. Recuperado de http://antigua.omeaen.org/norte/34/NORTE_34_120_85-93.pdf
45. Martínez, M. & Perles, F. (2010). Experiencias en grupos multifamiliares en el Hospital de día de la Axarquía. *Avances en Salud Mental Relacional*, 9(2), diciembre 2010.
46. Maruottolo, C. (2009). El Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo terapéutico hipercomplejo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2), julio 2009. Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0802/0802_Claudio_Maruottolo_EL_PSICOANALISIS_MULTIFAMILIAR_COMO_DISPOSITIVO.pdf
47. Mascaró, N. (2005). Profesor Jorge Garcia Badaracco. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2). Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0402/jgb.pdf>
48. Mascaró, N. (2007). Crisis y contención: el grupo multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional*, 6(2), Julio 2007. Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0602/crisis_y_contencion.pdf
49. Mascaró, N. (2011). La transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional*, 10(3), diciembre 2011. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1403/1270>
50. Mészáros, J. (2012). Los pilares de la teoría contemporánea del trauma: el cambio de

- paradigma de Ferenczi. *Temas de Psicoanálisis*, 3, enero, 2012. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/01/Pdf-Mészáros.pdf>
51. Mitre, M. (2001). El miedo de ser uno mismo, como consecuencia de las interdependencias recíprocas enloquecedoras, y su relación con la llamada "situación traumática". Manuscrito inédito
52. Mitre, M.E. (2003) Las interdependencias recíprocas .Un caso clínico sobre la base de la experiencia transmitida por Jorge García Badaracco. *Revista de Psicoanálisis*, 60(4), 1009-1038.
53. Mitre, M. (2012). El proceso terapéutico. Manuscrito inédito
54. Morin, E. (2006). *El método I*. Madrid: Cátedra
55. Mourelle, N. (2013). *Interdependencias recíprocas*. Manuscrito presentado en MSP-ASSE, 25 de noviembre de 2013. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/interdependencias-reciprocas-por-la-lic.html>
56. Narracci, A. (2010). En memoria de Jorge Garcia Badaracco. *Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia*. 7(1), 2010.
57. Ortega, F. (2001). *Terapia familiar sistémica*. Sevilla: Secretario de Publicaciones, Universidad de Sevilla.
58. Palleiro, E. (2005). *Psicoanálisis Multifamiliar. Revisión y aportes desde la experiencia uruguaya implementada en la "Unidad Docente-Asistencial Ciudad Vieja"*. Manuscrito presentado en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Udelar.
59. Palleiro, E. (2012). Psicoanálisis Multifamiliar, Asambleas y Rehabilitación. *Revista Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(1) 95 -108.
60. Palleiro (2014). *Función del Grupo MultiFamiliar: cura della psicosi e organizzatore dei servizi*. Manuscrito presentado en el Primer congreso del Laboratorio Italiano de Psicoanálisis Multifamiliar (LIPsiM). Roma 7-8-9 noviembre de 2014.
61. Pichón-Rivière, E. (1985). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión
62. Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Mexico: Pax
63. Renik, O. (1996). Los peligros de la neutralidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 89, 1999.
64. Sanchez, B. & Rodríguez, C. (2004). "El abordaje de la psicosis: del individuo a la familia y de la familia al grupo multifamiliar". Comunicación presentada en el IV Congreso de la APAG (Bilbao, Marzo de 2004). *Informaciones Psiquiátricas*, 117, tercer trimestre 2004. Recuperado de http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/03_177_03.htm
65. Sempere, J. Fuenzalida, C. et al. (2012). "Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 2(1), 109-122. Recuperado de http://media.wix.com/ugd/cba041_cc06f63be1ddcd86eb62928cf4236875.doc?dn=Art%25C3%25ADculo%2BGMF%2Bsureste%2Bespa%25C3%25B1ol%2Bdef.doc

66. Simond, H. (2011). Autores de referencia: Jorge E. García Badaracco. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 2(1), 180-90. Recuperado de <http://www.grupoanalisis.net/wp-content/uploads/2014/01/Autores-de-referencia-Jorge-Enrique-Garc%C3%ADa-Badaracco1.pdf>
67. Vaimberg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo, Psicoterapia de grupo online*. Barcelona: Octaedro
68. Vidal, R. (2001). *Conflicto psíquico y estructura familiar: Sistemas abiertos*. Montevideo: Psicolibros
69. Winnicott, D. (1959). La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?. En Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.
70. Winnicott, D. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

Anexos

Reseña biográfica de Jorge Garcia Badaracco

Jorge García Badaracco nace en Buenos Aires el 8 de noviembre de 1923. Estudió Medicina y se graduó en 1947 en la Universidad de Buenos Aires con diploma de honor. Allí pudo compartir los estudios con una importante generación de médicos argentinos y tuvo oportunidad de formar parte del equipo del premio Nobel Bernardo Houssay en el Hospital de Clínicas.

A sus 24 años de edad, cuando muere su padre y empujado por el particular clima político de la Argentina, decide continuar sus estudios en Francia y enfocarse en las neurociencias. En esos años y con vista a su futuro académico estudia el idioma francés además del alemán y el inglés.

Viaja a París en 1950 donde se forma en Psiquiatría y Psicoanálisis. Allí asiste como representante argentino al I Congreso Mundial de Psiquiatría de la postguerra y se califica para ser “Assistant étranger”, tanto del Hospital Santa Ana como de la Clinique des Maladies Mentales et de l’Encephale de la Facultad de Medicina de la Universidad de París.

Comienza el aprendizaje del psicoanálisis acompañado y supervisado por su analista, Sacha Nacht, y cursa los seminarios de la Sociedad Psicoanalítica de París. En esa época asiste a numerosos congresos, clases, muestras y conferencias con los más grandes exponentes, científicos y personalidades de la época en lo que respecta a las neurociencias. Allí tiene oportunidad de estudiar y trabajar con Julian de Ajuriaguerra, Henry Ey, Serge Leubovici, Jacques Lacan, y Henri Hecquen de Tilly entre otros. Asiste a conferencias de Jean Piaget y realiza los seminarios de psicoanálisis con Lacan de 1951 a 1953 (Simond, 2012; Mascaró, 2005).

Se traslada a Alemania durante seis meses, en vista de la creación de un libro en el que estaba trabajando, donde se dedicará a estudiar casos de lesiones cerebrales causadas por la guerra.

De regreso en París escribe sus primeros trabajos sobre neurología. Por esos años es nombrado miembro asociado de la Sociedad Psicoanalítica de París.

En 1956 luego de la caída del gobierno de Perón regresa a la Argentina donde asume un cargo en la Universidad de Cuyo (Mendoza) y en 1957 es nombrado jefe de sala del Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires Tiburcio Borda. Allí colaboró en la creación del Instituto Nacional de Salud Mental y organizó el primer hospital Psiquiátrico diurno.

En su rol docente se preocupó por reducir la brecha existente entre Psicoanálisis y Psiquiatra centrandolo el programa de enseñanza en la articulación de estas dos disciplinas. Para lograr su objetivo armó un equipo interdisciplinario integrado por grandes exponentes de la época en el tema de la salud mental tanto desde el psicoanálisis como desde la Psiquiatría como fueron; Pichon-Rivière, Marie Langer, García Reynoso, David Liberman, entre otros.

En 1958 crea la primera Residencia Médica en Psiquiatría que fue el “Curso Superior de Psiquiatría para Graduados” para médicos argentinos y extranjeros con residencia en el Hospital T. Borda. En 1962 como jefe de dicho hospital comienza a realizar reuniones multitudinarias que irán dando forma a lo que

hoy es el Psicoanálisis Multifamiliar. Así comenzó a reunir en la sala común a todos los pacientes, enfermeros, familiares, médicos y psicólogos que quisieran participar, con la consigna de conversar sobre temas de la vida cotidiana que les preocuparan, la salud y enfermedad, etc. Dada su formación psicoanalítica comienza a profundizar sobre lo psicopatológico individual tanto como lo relacionál y a desarrollar su concepción particular de comunidad terapéutica de orientación psicoanalítica donde lo multifamiliar comienza a tomar forma (Simond, 2012; Mascaró, 2005; Marquez, 2009).

Allí logro importantes y novedosos resultados dado que la mayoría de los pacientes de su sala, cerca de 40 personas consideradas enfermos crónicos, fueron dados de alta antes de finalizar ese año. De esa forma comienza a dibujarse y a tomar fuerza el grupo multifamiliar como soporte de su concepción terapéutica. En cuanto a los principios de la comunidad terapéutica se apoya sobre todo en las ideas de Maxwel Jones.

En 1964 crea el primer hospital diurno mixto para pacientes psiquiátricos con el fin de ofrecer algún tipo de tratamiento ambulatorio a los pacientes recientemente externados.

En 1968 funda DITEM, una institución privada que dirige durante 25 años donde trabaja con los Grupos Multifamiliares y continúa desarrollando su teoría. Esta se convirtió en una referencia para toda América y allí sentó las bases de lo que se conoce como la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. De esa experiencia surge su libro “La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar” así como sus aportaciones al campo de la clínica que promueven la complejidad y el poder trabajar en un mismo abordaje diferentes dimensiones de los conflictos como ser la familiar, social, individual.

Hacia 1972, deja su actividad en el Hospital Borda por diferencias entre su concepción asistencial y temas de política institucional. Ese año es nombrado profesor Adjunto de Psiquiatría y director del Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires y en 1994 es nombrado profesor emérito.

Fue miembro fundador y vice-presidente de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar entre 1979 y 1984.

Entre 1980 y 1984 ejerció la presidencia de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) y en 1992 fue candidato a la presidencia de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional). También fue miembro titular de la Asociación Médica Argentina y de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (Mascaró, 2005; Marquez, 2009).

En 1986 recibe el premio Konex de Psicoanálisis. En 1987 es nombrado catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires y asume la dirección del departamento de salud mental de dicha facultad.

A principios de los noventa cierra DITEM y retoma los grupos de psicoanálisis multifamiliar en los hospitales T. Borda y B. Moyano a petición de los directores de dichos centros.

En 1995 es nombrado miembro de honor de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal. En 2005



recibe el premio maestro de la medicina argentina en el aula magna de la academia nacional de medicina.

Comienza a difundir sus ideas en Madrid y en Montevideo, desde 1983 y en Roma, desde 1997. A partir del 2005 organiza el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar en Buenos Aires donde recibe pasantes de Uruguay, España, Italia y Francia.

Continuó publicando sus trabajos y ejerciendo en los hospitales T. Borda y B. Moyano con Grupos Multifamiliares hasta casi sus últimos años. Fallece el 12 de Septiembre de 2010 a los 86 años de edad (Simond, 2012; Mascaró, 2005; Marquez, 2009).