

Montevideo, 30 de octubre de 2014



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 **Facultad de
Psicología**
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**TRABAJO
FINAL DE
GRADO**

El psicoanálisis multifamiliar: un abordaje terapéutico para el tratamiento de la familia enferma

Estudiante: Macarena Sofía
Gutiérrez Amorin

Tutora: Lic. Psic. Laura de Souza
Instituto de Psicología Clínica

Facultad de Psicología
Universidad de la República

|

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
El contexto y el comienzo del Psicoanálisis multifamiliar	6
1. Familia y enfermedad mental	9
1.a) Conceptualizando la enfermedad mental	9
1.b) Las identificaciones patógenas	11
1.c) El objeto enloquecedor	13
1.d) Interdependencias recíprocas, patológicas y patógenas	15
1.e) El contexto familiar y la enfermedad mental	18
2. El grupo de psicoanálisis multifamiliar	19
2.a) Psicoanálisis en el contexto multifamiliar	19
2.b) Características y objetivos del dispositivo	20
2.c) La riqueza de lo MULTI-familiar	22
2c.a) Pensar juntos lo que no se puede pensar solo	22
2c.b) La seguridad del contexto	23
2c.c) La des- identificación	25
2c.d) El manejo de la transferencia y la importancia de la contratransferencia	26
2.d) Virtualidad sana	28
2.e) Rol de los terapeutas	29
3. Psicoanálisis multifamiliar más allá de la enfermedad mental	32
Conclusiones	35
Referencias bibliográficas	38

Agradecimientos

Agradezco particularmente al equipo técnico de CIPReS por la apertura para dejarme ser parte de las asambleas multifamiliares que en el centro se desarrollan. Estas me han permitido configurar de una manera distinta este trabajo desde una nueva conceptualización teórica y por sobre todo, a vivenciar y poder formar parte del clima emocional que allí acontece. Habilitándome a construir la certeza de que la riqueza de lo multifamiliar se construye formando parte de las tramas que cada encuentro permite construir.

Resumen

El presente trabajo se configura como una revisión bibliográfica del Psicoanálisis Multifamiliar, un abordaje terapéutico creado para trabajar con enfermos mentales y sus familias. El cual fue creado por el Doctor Jorge García Badaracco en la década del 60 en Argentina. Este abordaje rompe con la construcción psiquiátrica tradicional del enfermo como único portador de la enfermedad, y le otorga una participación activa a la familia, partiendo de la base de que la enfermedad mental es una patología familiar. Se trabaja en reuniones multifamiliares con usuarios, familiares y un equipo terapéutico con el fin de romper los vínculos enfermantos que han dado origen a la enfermedad y que la perpetúan en el tiempo. El Psicoanálisis Multifamiliar construye nuevos conceptos para la psiquiatría y el psicoanálisis a la vez que configura un nuevo contexto para trabajar en salud mental.

Palabras clave: Psicoanálisis Multifamiliar, enfermedad mental, familia.

Abstract

The below article is a literature review on Multifamily Psychoanalysis, therapeutic approach created to work with people who are mentally ill and their relatives. It was created by Dr. Jorge García Badaracco in the 60s in Argentina. This approach breaks up with the psychiatric traditional conception of patient as a unique carrier of the illness, and gives an active role to the family, it's claims that mental illness is a family disease. It works in multifamily groups with patients, relatives and a therapeutic team in order to break up the sickening bonds that have given rise to the disease and perpetuate it in time. Multifamily Psychoanalysis builds new concepts for psychiatry and psychoanalysis while configuring a new context for work in mental health.

Key words: Multifamily Psychoanalysis, mental illness, family.

Introducción

El presente trabajo tiene como principal objetivo indagar en el psicoanálisis multifamiliar, un abordaje terapéutico llevado a cabo en el trabajo con enfermos psiquiátricos y sus familiares, creado en Argentina por el doctor Jorge García Badaracco.

Se profundiza en el dispositivo multifamiliar y los conceptos teóricos de los que se nutre para su funcionamiento, desde las construcciones teóricas y prácticas formuladas por su creador y por los diferentes referentes de este abordaje.

El grupo de psicoanálisis multifamiliar es un dispositivo para el tratamiento de enfermos mentales y sus familias que busca la apertura de nuevos espacios mentales para los participantes, y que oficia de continente para poder desarmar las estructuras patológicas que se ponen en juego en la enfermedad mental.

Se enmarca en un contexto multitudinario que permite una complementariedad de diferentes escuelas teóricas a través de la co terapia, apostando a la creatividad al utilizar diversos recursos terapéuticos con el fin de romper con los vínculos enfermantos.

Las reuniones multifamiliares permitieron pensar a su creador no sólo los factores determinantes para el desarrollo de la enfermedad mental, conformando los conceptos de interdependencias recíprocas patógenas, objeto enloquecedor, sino también desarrollar los recursos curativos que existen en los enfermos y sus familias, y que hasta ese momento habían quedado en un segundo plano por la cronicidad de la enfermedad que hacía a los enfermos "incurables".

La perspectiva del psicoanálisis multifamiliar se construye en función de que la enfermedad mental es una patología vincular, por lo que desde lo multifamiliar se trabaja en grupo con las familias enfermas. Además invita a pensar desde una mirada diferente la patología mental, es decir, pensando a los sujetos desde su parte más sana, reduciendo la concepción psiquiátrica del enfermo como un conjunto de signos y síntomas que son necesarios identificar para así diagnosticar y posteriormente medicar. Apuesta al valor del encuentro con el otro y al diálogo para desarmar las tramas patológicas que han dado lugar a la familia enferma.

Este trabajo se configura como una revisión bibliográfica del Psicoanálisis Multifamiliar, desarrollado desde la década del 60 en la Argentina por el doctor Jorge García Badaracco, y que en la actualidad cuenta con diversos referentes que han dado continuidad al dispositivo en diferentes países del mundo.

El contexto y el comienzo del Psicoanálisis multifamiliar

Antes de comenzar a indagar en los conceptos más relevantes del psicoanálisis multifamiliar, es primordial comprender el contexto político-social en el que se enmarca su origen, cuáles eran las circunstancias que se vivían a nivel internacional y nacional que posibilitaron la creación de este modelo.

La segunda posguerra fue una época de gran intensidad creativa en el mundo de la psicología en el Río de la Plata y del surgimiento de autores vigentes hasta el día de hoy. En la actualidad aún no ha podido igualarse la cantidad de ediciones y material científico que se ha creado en esa época en la Argentina (Macchioli, 2003).

Surgen en ese entonces los primeros artículos que Pichon Riviere desarrolla sobre la terapia familiar, las ideas de Bleger sobre simbiosis y ambigüedad que entiende que en el grupo familiar existe una etapa simbiótica necesaria para la constitución del individuo, la estructura familiar inconsciente de Isidoro Berenstein, así como Sluzki incorpora con su libro "Interacción familiar", las ideas de la escuela de Palo Alto, comenzando a gestar la corriente sistémica en Argentina (Citados por Macchioli, 2012).

Estos años se caracterizan también por el cambio de paradigma de la higiene mental a la salud mental, que derivó en la necesidad de transformar los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas, es decir, se comenzó a pensar la promoción y la prevención de la salud mental desde lo comunitario. Representantes en la Argentina que formaron parte de esta transformación fueron Pichón Riviere, Guillermo Vidal, Mauricio Goldenberg y Jorge García Badaracco (Citados por Macchioli, 2013).

A su vez, Macchioli (2012) asegura que el clima político que se vivía en Argentina inevitablemente se entrometía en cuestiones sociales e intelectuales, en donde se debatía sobre la educación laica y la trascendencia de la investigación científica, que derivó en la creación de la facultad de Sociología y de Psicología, esta última enfocada al ámbito público, lo que habilitó el desarrollo masivo del psicoanálisis.

Según Castillon (2011) se comienza a otorgarle un espacio de mayor relevancia a las ciencias sociales y a pensar la importancia que el medio social tiene en las personas. En simultáneo se empezó a trabajar en nuevos dispositivos de intervención terapéutica, en donde el psicoanálisis era una alternativa importante a los tratamientos psiquiátricos que se desarrollaban hasta la década del 50 en el vecino país.

La terapia de grupo cobró una gran popularidad producto de los psiquiatras militares que debieron recurrir al funcionamiento en grupo para trabajar la gran

cantidad de casos psiquiátricos que se daban en aquel entonces (García Badaracco, 2000).

De esta manera empiezan a configurarse nuevos aportes prácticos y teóricos en las disciplinas psi, como ser los psicofármacos utilizados para las enfermedades mentales. También el hecho de que el aspecto social jugara un rol importante en el desarrollo de las patologías mentales, llevó a la creación de nuevos dispositivos de intervención terapéutica, como las terapias grupales, que derivaron en “la familia” como nuevo objeto de intervención (Castillon, 2011).

Para Macchioli (2009) la terapia familiar toma forma en Argentina en la década del sesenta, diversificándose en el setenta, para posteriormente en los ochenta profesionalizarse. En un principio se constituyó por la conjunción del psicoanálisis freudo kleiniano, que era el de mayor influencia en Argentina en ese entonces, y de la teoría de la comunicación norteamericana, así como los aportes internacionales de la psicoterapia grupal.

Afirma que es Pichón Riviere, el pionero de esta época el que comenzó a desarrollar las terapias grupales con base psicoanalítica en la década del 40. Fue el primero en el Río de la Plata en tomar las concepciones estadounidenses que se gestaban sobre terapia familiar, e incorporarlas a su práctica. Sus postulados fueron el puntapié para el desarrollo de los aportes de David Liberman, Jaime Szpilka, Isidoro Berenstein etc,(Citado por Macchioli,2003) así como por el mismo Badaracco que mantuvo vigente su concepción del enfermo como portavoz de la patología del grupo familiar (Citado por Castillon,2011).

Macchioli (2009) asegura que entre la década del 60 y el 70 surgen en Argentina cuatro precursores de la terapia familiar con sus diferentes enfoques:

La “familia-grupo” a partir de las concepciones y prácticas de Enrique Pichon-Rivière en el cruce de la familia como grupo interno y dinámica grupal; la “familia-sistema” representada por Carlos Sluzki en su rol de difusor de la teoría de la comunicación humana norteamericana; la “familia-estructura” concebida por Isidoro Berenstein a partir del confluencia de Freud, Klein y Lévi-Strauss; y la “familia-múltiple” ideada por Jorge García Badaracco, a partir de un nuevo dispositivo clínico para la psicosis fundado en el tratamiento familiar. (p.1)

Estos autores desarrollaron diferentes terapias familiares, todas sustentadas en sus inicios desde un encuadre psicoanalítico, pero reformulando y configurando nuevos aportes para la construcción de sus propios abordajes.

Esta fue una época de gran revuelo político, intelectual y social que derivó en la creación de varios postulados teóricos que actualmente forman parte de la formación profesional de los psicólogos en el Río de la Plata y que enmarcan el contexto en el que el psicoanálisis multifamiliar dio sus primeros pasos.

El fundador de este último es el Doctor Jorge García Badaracco, médico psiquiatra de la ciudad de Buenos Aires.

El puntapié inicial para el desarrollo de este psicoanálisis fue a partir de 1960 cuando Badaracco (2006a_04) empieza a trabajar en el hospital psiquiátrico Borda de la ciudad de Buenos Aires, como jefe del servicio de una sala que contaba con aproximadamente 40 internados considerados crónicos. Evaluando la situación en la cual se encontraban en el hospital y las posibilidades de crear nuevos espacios para el trabajo con ellos, re distribuye los lugares adjudicados en el hospital, y transforma el espacio donde antes dormían los enfermos en un nuevo lugar para llevar a cabo reuniones multitudinarias. Estas reuniones se fueron dando de manera espontánea y continua entre él y los enfermos frente la mirada juzgadora de los enfermeros y demás médicos de hospital, que se resistían a esta iniciativa.

Al obtener buenos resultados en estas reuniones se pensó la posibilidad de externar a su casa a varios de los enfermos. A partir de allí comienza la necesidad de trabajar con las familias, quienes no habían pensado en la posibilidad de que sus familiares volvieran, por lo que se hizo fundamental desarrollar instancias para trabajar con ellas. Es en 1962 que comienzan a desarrollarse las reuniones multifamiliares, invitándose a familiares, pacientes, enfermeros y profesionales. De esta manera comienza a gestarse la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica (García Badaracco, 2006a_04).

García Badaracco trabajará durante toda su vida en el afán de seguir desarrollando el psicoanálisis multifamiliar, primero en el ámbito público y luego en el privado, tras la construcción de su clínica privada DITEM (Docencia, Investigación y Tratamiento en Enfermedades Mentales) la cual liderará por 25 años. Con el mismo fin en el año 1989 escribe su libro *“Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar”*, formulando en esta nuevos conceptos de psiquiatría y psicoanálisis para el abordaje diagnóstico y tratamiento terapéutico de patologías familiares crónicas (Kernberg, 2000) y en el 2000 se publica su libro *“Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo”*.

Actualmente el psicoanálisis multifamiliar se desarrolla en Uruguay, Argentina, España, Portugal e Italia. En estos países se cuenta con diferentes centros que desarrollan el dispositivo al que Badaracco diera comienzo hace más de 50 años. Estos países forman parte del Instituto Multicéntrico Internacional de Psicoanálisis

Multifamiliar “Jorge García Badaracco”. Los referentes y el equipo técnico de estas instituciones han contribuido y han transformado en sus países los diferentes conceptos de este modelo (Naracci, 2010).

Las representantes de los multicentros de América Latina son la Lic. María Elisa Mitre en Argentina y la Dra. Eva Palleiro en Uruguay. En lo que refiere a Europa, El Dr. Norberto Mascaró es quien lo representa en España y el Dr. Andrea Naracci en Italia (Naracci, 2010).

A continuación se desarrolla la concepción de la enfermedad mental y el grupo multifamiliar para comprender la relevancia del trabajo del psicoanálisis en el contexto multifamiliar en el proceso curativo de la familia enferma.

1. Familia y enfermedad mental

1.a) Conceptualizando la enfermedad mental

La patología mental grave es considerada por García Badaracco (1984a) como una patología vincular que se configura en base a un vínculo de interpenetración patógena. Las personas que padecen de una enfermedad mental son sujetos que se encuentran habitados por un otro, otro que se configura como un vínculo significativo para el enfermo, con el que se ha construido un vínculo de interdependencia patógena a través del proceso de identificación, y que tiene una vigencia en la mente del enfermo.

El autor afirma que el crecimiento psico emocional del sujeto queda detenido por la relación primitiva con los objetos parentales de la infancia, que tienen un poder patógeno que se ejerce en la actualidad. Por consiguiente, el hecho de que el enfermo no cuente con la madurez suficiente para afrontarlo, hace que ese otro tenga un poder enfermante.

Mitre (1998) asegura que las personas con enfermedades mentales graves, sobre todo los psicóticos, tienen una historia personal que da cuenta de que no han podido crecer ni estructurarse desde la base de la espontaneidad, pues sus padres no han reconocido sus partes más auténticas.

Los diferentes factores que configuran la condición psicotizantes, según la concepción de García Badaracco (1985a) son:

- Rasgos patológicos en la personalidad de los padres
- Carencia parental en la capacidad de empatizar y asistir al sujeto en su crecimiento yoico
- Dificultad parental para favorecer la desimbiotización de la simbiosis primitiva

- Cierta patología de la constelación familiar
- Problemáticas ideológicas de la familia que se sostienen como baluartes
- El carácter patogénico que guardan los acontecimientos traumáticos

Para este autor, el psicótico cuenta con un Yo inmaduro que no ha logrado desarrollarse plenamente por las situaciones traumáticas que lo han impedido, encontrando intolerable cualquier intento de investir los objetos de la realidad externa. Esto le impide controlar sus impulsos destructivos, animarse a enfrentar la realidad externa e interna, y a manejar de forma madura las relaciones objetales (Mascaró, 2007).

Para Badaracco (1978f) lo realmente patológico y patógeno en la mente del enfermo es lo compulsivo, que deviene de los reclamos y reproches hacia esos objetos parentales de la infancia, con los cuales a su vez está confundido ya que se ha identificado con ellos, pertenecen a su mundo interno y de los cuales no puede diferenciarse.

Se convierten en especialistas del no-cambio, ya que mantienen y retienen algunas formas de funcionamiento mental, sin que se modifiquen (García Badaracco, 1984a).

Mitre (2003) sin embargo, afirma que lo más enfermo refiere a negar la necesidad del otro, a defender extremadamente sus síntomas para evitar contactarse con el sufrimiento. La misma entiende que esto se debe a que aceptar la necesidad de un otro, implica revivir la situación traumática en el contexto de los vínculos primarios, en dónde se requirió que las figuras parentales funcionaran como objetos estructurantes de su yo inmaduro, pero que no pudieron responder a estas demandas. Por lo que aceptar la necesidad del otro implicaría volver a colocarse en una situación de indefensión.

Los síntomas tales como el delirio, las compulsiones, obsesiones etc, son una expresión de estos vínculos perversos que se han establecido con los objetos primitivos. El brote psicótico se producirá cuando el sujeto se enfrenta a sus propias carencias, denunciando así la locura familiar (García Badaracco, 1984a).

Para Naracci (2010) las crisis psicóticas pueden pensarse como un intento desesperado del individuo de introducir elementos de su propio self, en una realidad que los rechaza, buscando romper las estructuras rígidas de las que se siente atrapado.

En resumen, Mitre (2003) afirma que la patología mental se entiende en términos de patología de a dos o más, dentro de una familia, más que como una patología individual como se la caracteriza. Tiene que ver con la condición de déficit de

recursos yoicos, que desarrolla una tendencia compulsiva a la repetición de los conflictos y a su vez a la incapacidad de resolverlos.

García Badaracco (2000) también ratifica la importancia de las generaciones anteriores de la familia, pues la inmadurez yoica parental, tiene sus arraigos en la generación anterior, esta se arrastra psicológicamente de generación en generación si la misma no es tratada.

A modo de síntesis, la enfermedad mental se configura como una enfermedad vincular, en donde el sujeto se siente habitado por un otro, que forma parte de su mundo interno y que lo enloquece. El sujeto se identifica con las figuras parentales, pero cuando estas figuras no tienen la suficiente madurez yoica, se terminan incorporando en su mundo interno como objetos enloquecedores, que lo atrapan y no lo habilitan a construirse a sí mismo. Se establece así una interdependencia patógena entre estos padres y el enfermo, interdependencia que se revive y se actualiza continuamente.

Para comprender más acabadamente la enfermedad mental desde la perspectiva del Psicoanálisis multifamiliar a continuación se desarrollan los conceptos de identificaciones patógenas, objeto enloquecedor e interdependencias recíprocas patógenas, conceptos interrelacionados que permiten comprender no sólo la enfermedad mental sino también el funcionamiento del dispositivo multifamiliar.

1.b) Las identificaciones patógenas

Al comienzo de la vida, es clave la necesidad de un otro que comprenda y satisfaga las necesidades del bebé, lo que genera un vínculo simbiótico de dependencia, en donde el niño “utiliza” los recursos yoicos ajenos para su propio desarrollo. Cuando este vínculo simbiótico es sano, en el entendido que las figuras parentales interpretan “correctamente” estas necesidades, el niño podrá utilizar a los mismos, para crear sus propios recursos yoicos, a través de los procesos de identificación. Entendiendo a los recursos yoicos como pre-requisitos que requiere el yo para alcanzar realizaciones adecuadas (García Badaracco, 1989a).

Badaracco (1990b) toma del propio Freud la noción de identificación, que permite pensar la dimensión colectiva e inter-subjetiva de la construcción del ser psíquico. Esta es clave en su teoría para comprender cómo el sujeto llega a enfermarse. Según Freud (1921) la identificación es:

(...) la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona. Desempeña un papel en la prehistoria del complejo de Edipo. El varoncito manifiesta un particular interés hacia su padre; querría crecer y ser como él, hacer sus veces en todos los terrenos. (p.99)

El fenómeno de identificación es entendido por Freud (1921) como el primer enlace afectivo que el infante desarrolla con sus semejantes y como uno de los procesos básicos que estructuran la personalidad.

Por su parte, Badaracco (2006a) afirma que la identificación no tiene que concebirse como un acto psíquico que una vez desarrollado se instaura para toda la vida, sino como una forma de funcionamiento de una presencia en el mundo interno, que al ser intersubjetiva se construye y reconstruye y se re alimenta en las interdependencias que se mueven en la dinámica entre las personas.

Entiende la identificación como “(...) proceso psicológico mediante el cual el sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro, y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones” (García Badaracco, s.f, p.2).

El niño identificándose con el otro es capaz, luego, de identificarse con él mismo, de esta manera “La inter-subjetividad prepara estructuralmente al sujeto apareciendo primero en el otro y revelándose al mismo tiempo su propia existencia” (García Badaracco, s.f, p.4).

García Badaracco (1989a) diferencia los procesos de identificación por sus cualidades, las cuales pueden ser normogénicas o patogénicas. Las identificaciones estructurantes, identificaciones con cualidades normogénicas, son aquellas que promueven y estimulan la construcción normal del aparato psíquico y favorecen el desarrollo de recursos yoicos genuinos, recursos que permiten al sujeto enfrentarse a las diferentes situaciones que se le presentan en la vida y responder a estas de manera satisfactoria.

Por otro lado, la identificación patológica es aquella que incorpora al psiquismo elementos que actúan como una presencia invasora, que obliga a un sometimiento de las demás funciones mentales en función de esa “presencia”. Esta identificación está asociada a situaciones traumáticas vividas por el sujeto, es decir, aquellas situaciones que han implicado un alto nivel de sufrimiento psíquico, que a través de mecanismos de introyección invaden su yo inmaduro (García Badaracco, 1989a).

Esto ocurre cuando la madre no compensa suficientemente bien las ansiedades que provoca lo nuevo en el bebé, entonces el aprendizaje se interfiere y el bebé busca aferrarse a lo conocido, arrojando como resultado esta identificación patógena que provoca la detención del crecimiento yoico verdadero (García Badaracco, 1982).

Según Mitre (2003) estas identificaciones hacen que posteriormente el sujeto se ponga una máscara que lo defiende de la amenaza que implica para él enfrentarse a la sociedad, esto puede pensarse como un “falso self”.

Este concepto fue acuñado por Winnicott (1960) quien afirma que este último se construye en base a la sumisión, y que cumple una función defensiva de proteger al self verdadero, a la vez que se asocia con una rigidez de las defensas que impide el crecimiento en el período de formación.

Para el autor, este falso self se presenta al mundo como real, es el que las personas tienden a pensar que es la persona real, representa la actitud social y educada que le da al sujeto un lugar en la sociedad, pero en realidad se construye para defender al self verdadero.

Winnicott (1960) asegura al respecto:

(...) sólo el self verdadero puede sentirse como real, pero el self verdadero nunca debe ser afectado por la realidad externa, nunca debe obedecer. Cuando el self falso es explotado y tratado como real, surge en el individuo una sensación creciente de futilidad y desesperación.(...) En la anormalidad extrema es muy fácil que el self falso sea tomado como real, de modo que el real sufre una amenaza de aniquilación; el suicidio puede ser entonces una reafirmación del self verdadero. (p.173)

El self verdadero que es pensado desde el gesto espontáneo, la creatividad y la posibilidad de sentirse real, quedan ocultas por la defensa de este falso self. Este se construye por un cuidado materno extremadamente exigente e incapaz de comprender las necesidades del bebé, no reconociendo el gesto espontáneo del infante, y que lo somete a construir un conjunto falso de relaciones (Winnicott, 1960).

Este falso self de Winnicott, según Mitre (2003) se construye en el psicótico no solo por la sumisión a la madre, sino también por las identificaciones con los mecanismos defensivos de los padres. Se construye como personaje para tomar contacto con los demás, producto de la inseguridad que el sujeto tiene de sí mismo, es la manera que el hijo encontró de poder neutralizar el poder enfermante de sus padres.

El niño al identificarse con estas figuras parentales que lo someten a construir este falso self o personajes, y no pueden reconocer sus partes más auténticas, lo terminan atrapando en una identificación patógena, que lo lleva a incorporar objetos enloquecedores en su mundo interno.

1.c) El objeto enloquecedor

El concepto de objeto enloquecedor tiene sus arraigos en la teoría Kleniana, que desarrolla las nociones de objeto parcial bueno y objeto parcial malo;

La evolución del niño pequeño está gobernada por los mecanismos de introyección y proyección. Desde el comienzo el yo introyecta objetos “buenos” y “malos”, siendo el pecho de la madre el prototipo de ambos: de los objetos buenos cuando el niño lo consigue, y de los malos cuando le es negado. (Klein, 1935, p.267)

Esta escisión es según Melanie Klein (1959) el primer modo de defensa que el niño desarrolla contra la angustia. Lo bueno y lo malo del objeto depende de su carácter gratificante o frustrante, y en ellos se proyectan las pulsiones libidinales o destructoras del niño. El pequeño proyecta en su madre todas sus emociones, ella representa para él todo el mundo exterior, por lo que ella será objeto de amor y de odio, representa lo bueno así como lo peligroso.

Klein (1937) entiende que las relaciones de objeto comienzan desde el nacimiento, la madre “buena”, la que brinda amor, será el primer objeto parcial bueno que se instaura en el mundo interno del niño. Pero también será un objeto parcial malo cuando sus deseos y necesidades no son satisfechas, por ejemplo cuando el niño tiene hambre y no se lo gratifica.

Para la autora, estos mecanismos de introyección y proyección que construyen el mundo interno del niño desde los primeros años de vida, irán fluctuando en el correr de los años, pero jamás perderán su importancia y serán claves para la relación del sujeto con el mundo.

Si bien García Badaracco (1998c) toma la concepción de Melanie Klein de objetos internos, le da al objeto un rol más activo y la cualidad de bueno o malo del mismo va a depender de la capacidad que tenga de asistir al Yo inmaduro. Para él, el objeto bueno es aquel que aporta las condiciones necesarias para que las experiencias frustrantes sean tolerables mientras el objeto malo es aquel que funciona como un amplificador de envidias y frustraciones primitivas. Por lo que su concepción de objeto enloquecedor:

(...) no se refiere a una condición fantaseada de objeto malo o perseguidor por haber sido frustrante sino a una condición carencial en cuanto a sus recursos yoicos propios para dar asistencia psicológica, que tiene relación con la realidad del objeto. El concepto de “objeto enloquecedor” se aplicará igualmente a la existencia de características patógenas específicas de los objetos y a la forma de organización patológica que el sujeto se verá llevado a hacer en relación con estas características. (1998c, p.5)

Las figuras parentales que debieron de haber sido precursores de la construcción del superyó del niño, al no contar con los suficientes recursos yoicos para brindar esta asistencia psicológica, se incorporan como objetos enloquecedores y

dejan atrapado al sí mismo en identificaciones patógenas. Estas identificaciones configuran una pareja simbiótica patológica en donde ambos tratan de dominarse y se convierten en recíprocamente imprescindibles, dejando como resultado que ninguno de los dos cuente con una autonomía propia. Por esto, el autor entiende a la patología mental como una “*folie à deux*”, es decir una locura compartida (García Badaracco, 1998c).

Para el autor, este modo de vinculación se mantiene en los futuros vínculos de la persona dificultando la resolución de conflictos, y la búsqueda de dominio del objeto patógeno, a través de la vivencia activa de la situación traumática se transforma en un funcionamiento mental patológico y masoquista.

Afirma que la manera de lograr la reversibilidad de la patología sólo es posible si se puede neutralizar el poder patógeno del objeto enloquecedor. Para esto será necesario la construcción de nuevos recursos yoicos que le permitan desprenderse de este poder enfermante.

Para Naracci (2010) este concepto de objeto enloquecedor contribuye a comprender más acabadamente la psicosis, permite entender que aquello que sucede en el mundo externo se reproduce también en el interno. “El mundo de la psicosis es, por otra parte, un mundo “concreto” en el que ambos mundos, aquel de la realidad y aquel de su representación se funden” (p.8).

Posteriormente su creador reformula la noción de objeto, pues afirma que la misma no encaja realmente en su descripción. Propone pensarla desde “presencias intrapsíquicas” ya que se adaptan mejor, pues partiendo desde la intersubjetividad la misma no puede desarrollarse con un objeto, asegura que esas presencias enloquecedoras corresponden más bien a sujetos que habitan dentro de nosotros, más que meros objetos (García Badaracco, 2006a).

En función de estas presencias intra psíquicas, que representan el diálogo interior de “los otros en nosotros” que el autor construye, se configura una relación de interdependencia, que dadas las características de quienes forman parte de ella, se construye como una interdependencia recíproca patógena.

1.d) Interdependencias recíprocas, patológicas y patógenas

Para García Badaracco (2006a_04) poder pensar la vida psíquica desde la noción de interdependencias recíprocas permite pensar el funcionamiento de la mente como dinámico, como el desarrollo de un diálogo interior entre el sí-mismo y los otros que están en nosotros.

Según este autor las interdependencias recíprocas se ponen en juego en todas las relaciones del ser humano, son inherentes a la condición humana, ejemplos de

interdependencias sanas son la empatía, el amor, la comprensión, en cambio el sadismo, el masoquismo, también son interdependencias pero que generan sufrimiento y pueden perpetuarse a lo largo de toda la vida, pudiendo desencadenar una enfermedad.

Entiende a las interdependencias sanas, como aquellas que han construido fuertes recursos yoicos, y que se han desarrollado por una presencia que ha podido dilucidar satisfactoriamente la necesidad del sujeto y ha oficiado de sostén. Han permitido que el sujeto se construya de manera genuina y auténtica.

Las interdependencias enloquecedoras o patógenas refieren a la tendencia a establecer vínculos enfermizos y enfermantes, que se realimenta continuamente en el funcionamiento del enfermo, bloqueándose la maduración. Son las que mantienen el déficit de los recursos yoicos y las identificaciones patógenas, haciendo que el enfermo se presente como un personaje que tiende a la repetición (García Badaracco, 2006f).

García Badaracco (2006a_04) las entiende como un entramado patológico que no involucra únicamente al enfermo sino también a los padres, que realimentan continuamente la conflictiva del hijo. Son inconscientes y tienen una fuerza diabólica que tiende a la compulsión a la repetición que surge por la necesidad de seguir desarrollando reproches y reclamos a estas figuras parentales que no han sabido responder a los pedidos del sujeto. Producen “actuaciones” violentas y compulsivas que se imponen al yo del sujeto, el cual no puede defenderse por la carencia de recursos yoicos que lo caracteriza.

Para Mitre (2003) lo que sucede en el vínculo de interdependencia enloquecedora, sucede al mismo tiempo en el aparato psíquico, que puede darse en forma de voces o como la imposibilidad de hablar y ser desde uno mismo. Son para Badaracco (1989a) las que se ponen en juego en el síntoma, y es tal el poder enfermante y sádico, que despiertan vivencias vinculadas con situaciones traumáticas vividas por el sujeto. El mismo vuelve una y otra vez a sentirse en la experiencia original traumática, pues a partir de allí el desarrollo de los recursos yoicos ha quedado estancado, y revive continuamente aquel estado de “desvalimiento” que se convierte en un efecto patógeno.

En consecuencia, estas interdependencias patógenas no permiten al sujeto lograr un crecimiento psico emocional satisfactorio y le dificultan su construcción como sujeto auténtico y genuino. Como explica Mourelle (2013) estas interdependencias afectan la capacidad de amar, de crear, de trabajar y de vivir una vida más armónica y sana.

Es la "trama familiar enfermante" la que imposibilita la elaboración del conflicto y lo actualiza constantemente, ya que son estas interdependencias recíprocas enloquecedoras las que impidieron dicha elaboración, desde el inicio del conflicto hasta la actualidad (García Badaracco, 2002b).

Pero es necesario comprenderlas como recíprocas, como afirma Palleiro (2011), las interdependencias, no pueden pensarse como patrimonio del "enfermo" sino que forman parte de lo humano. Los familiares al igual que el enfermo sufren por formar parte de estas tramas que los envuelve en una lógica de aquellos que someten y aquellos que son sometidos.

En relación a esto, Mourelle (2013) asegura que se habla de reciprocidad porque afectan a todas las partes de la interrelación. Se las piensa también como alternantes, en primer lugar porque se alternan las interdependencias patológicas con las normogénicas en funcionamientos enfermo-enfermo, sano-sano, enfermo-sano. Y por otra parte, porque en las interdependencias patógenas, se alterna el sometimiento, no hay víctimas ni victimarios, hay personas que sufren y hacen sufrir.

En este sentido el concepto de interdependencia se amplía, en donde ya no es suficiente hablar de "los otros en nosotros", sino también comprender que si bien cada participante es habitado por personas significativas, es también habitado por sí mismo y habita a otros (Claro, 2013).

Los autores uruguayos mencionados anteriormente, Palleiro, Mourelle y Claro, dan cuenta de que el concepto de interdependencia es mucho más amplio de aquel que García Badaracco configuró, aseguran en sus apartados que es necesario comprender que todas las partes de la interrelación forman parte de la interdependencia, alejando así la concepción de la víctima y el victimario, borrando de esta manera las fronteras del sano y el enfermo.

Naracci (2010) entiende que quienes están dentro de estas interdependencias no pueden reconocer su naturaleza, pero es solamente aprendiendo a reconocerse dentro de esta transacción, cuando se podrá poner en marcha el proceso de des-identificación, para que ambas partes puedan apropiarse de sus necesidades más sanas.

Es en el contexto multifamiliar en donde estas se hacen visibles, se evidencian y se desgastan. Para romper con esta interdependencia y construir nuevas identificaciones, hay que permitir a los miembros de esta relación encontrar un lugar en donde ser desde su sí mismo verdadero. Porque como se ha desarrollado anteriormente, la patología mental debe comprenderse como vincular, y por ende, este proceso de construcción del sí mismo verdadero debe involucrar a todas las partes de estas interdependencias.

1.e) El contexto familiar y la enfermedad mental

La familia es concebida como una estructura transicional que da identidad a sus miembros, pues es el contexto en el que las personas se desarrollan. Existe una relación dialéctica entre cada individuo y el contexto familiar pues cada uno es influido y a la vez influye al otro (García Badaracco,1978c).

Como se ha visto anteriormente, desde este abordaje la psicosis es una problemática familiar, en la cual el enfermo no ha podido desarrollar su verdadera personalidad, pues ha quedado atrapado en las relaciones interpersonales de los miembros de su familia, que se tratan y manipulan entre ellos como objetos parciales, proyectan en los otros el dolor y la ansiedad, es decir, aquello que le pertenece a su propio self pero que consideran indeseable. Este será el estabilizador de esta familia, y cualquier búsqueda de independencia será rechazada. Por lo que el enfermo, que se ha psicotizado para estabilizar a esta familia de estructura narcisística, fracasará en cualquier intento de individuación, pues encontrará intolerable cualquier cambio o proceso de desimbiotización (García Badaracco,1978a).

Para Castillon (2011), se evidencia una “postura pichoneana” en lo que refiere al lugar que ocupan en el desarrollo de la enfermedad los vínculos filiales. En este sentido el individuo psicótico será el portavoz del medio familiar patológico, y es fundamental comprender a la esquizofrenia como una patología vincular.

Por lo que se requiere también un re desarrollo de los familiares y no sólo del enfermo, buscando lograr un insight familiar y un proceso de maduración de todos sus miembros. Cada individuo que asiste a los grupos multifamiliares trae de por sí a su familia, una familia interna en él, por los vínculos primitivos y los objetos internos que configuran su personalidad. De esta manera, se entiende a la familia como el contexto real de toda experiencia psicoterapéutica y por lo tanto juega un rol fundamental en el proceso psicoterapéutico de los sujetos (García Badaracco,1978a).

Ayerra & López Atienza (2003) afirman que:

Lo individual no es diferente de lo familiar, de hecho el individuo se constituye dentro de la propia familia y cuando hablamos de grupo interno estamos hablando de esta familia que al principio no estuvo dentro, sino que estuvo fuera. (p.7)

Por todo lo anterior, se desprende que es fundamental desde el Psicoanálisis Multifamiliar contar con un espacio terapéutico para romper con estos vínculos enfermantes de toda la familia, y no solo de aquel que es considerado “el enfermo”.

Si bien se ha hablado de “los enfermos” y “los familiares”, esto se vuelve necesario para explicitar de manera clara el proceso de enfermar de la familia en

relación a las identificaciones patógenas, el objeto enloquecedor y las interdependencias recíprocas. Pero este abordaje intenta romper con esta dicotomía ya que separar en sanos y enfermos carece de precisión, porque desde este modelo toda la familia está enferma, padres e hijos forman parte de las tramas enfermantes, y la posibilidad de curar es solo posible si todos los miembros rompen con las estructuras rígidas que han configurado en sus vínculos a lo largo de los años.

A lo largo de este apartado se muestra el cuerpo teórico del psicoanálisis multifamiliar, el modelo de la mente que el mismo configura, así como el papel que la familia juega en el proceso de enfermar.

Se desarrolla a continuación el funcionamiento del grupo de psicoanálisis multifamiliar, que parte de los conceptos antes mencionados y tiene por objetivo principal construir nuevas interdependencias sanas en todos los miembros de la familia.

2. El grupo de psicoanálisis multifamiliar

2.a) Psicoanálisis en el contexto multifamiliar

La realidad psiquiátrica de la época en que el doctor García Badaracco dió comienzo a las reuniones multifamiliares hacían encarar el tratamiento del enfermo mental desde el encierro, y desde los nuevos recursos psicofarmacológicos que empezaban a desarrollarse y respondían de alguna manera a las necesidades del momento.

Kernberg (2000) afirma que si bien es cierto que la incorporación del tratamiento psicofarmacológico en el tratamiento contribuyó a reducir los síntomas, las estructuras intrapsíquicas patológicas seguían siendo una traba para el desarrollo del sujeto.

A su vez, el trabajo bi personal de base psicoanalítica, no estaba logrando los mismos resultados en pacientes psicóticos que los que había arrojado en el trabajo con neuróticos. Para Badaracco (2006a), la clínica con pacientes mentales graves dejó en evidencia la insuficiencia que la toma de conciencia del conflicto psíquico, de hacer consciente lo inconsciente, no era recurso suficiente para que el sujeto encontraría soluciones nuevas a aquello que le hacía sufrir. Para él los cambios significativos de los recursos terapéuticos dependían de habilitar a la creación de experiencias enriquecedoras que dieran origen a la creación de recursos yoicos genuinos.

Con este panorama, la realidad daba cuenta de que era necesario reformular los modelos para lograr mejores resultados, que permitieran mejorar la calidad de vida de la familia enferma. Frente a estas necesidades surge el grupo multifamiliar.

Lo que acontece a nivel multifamiliar puede tener diferentes lecturas, en este modelo se trabaja desde una lectura psicoanalítica, se apunta al logro de cambios estructurales en el sentido de brindar un mejor equilibrio emocional, lograr una mayor capacidad para enfrentar problemas y resolverlos, así como a una maduración de la personalidad. Sin embargo en este modelo, el psicoanálisis se recontextualiza y se reformula, el pensamiento psicoanalítico como se verá en este apartado, se enriquece (García Badaracco, 2000).

Para Markez (2009) los trabajos en el grupo multifamiliar desarrollan los cimientos para la construcción de una nueva metapsicología psicoanalítica y una nueva ideología terapéutica para el quehacer asistencial, integrando a la misma nuevos recursos terapéuticos.

Es una gran herramienta para modificar las estructuras intrapsíquicas de la enfermedad mental, y complementarse adecuadamente con la tríada terapéutica del tratamiento de la esquizofrenia crónica, es decir el tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación social y psicoterapia (Kernberg, 2000).

El contexto multifamiliar trabaja con la enfermedad mental desde un nuevo lugar, se construye como un contexto seguro y “continente” dando a la familia un nuevo espacio de confianza y de apertura al cambio.

2.b) Características y objetivos del dispositivo

El grupo de psicoanálisis multifamiliar es un dispositivo terapéutico en el que se trabaja con enfermos mentales y sus familiares, se lleva a cabo entre 40 a 100 personas, aunque cada país en donde se desarrolla hace variable la cantidad de participantes. Concurren adultos diagnosticados con una enfermedad mental (en general psicosis y esquizofrenia) sus familiares o personas significativas para él y un equipo de terapeutas. Ninguno de los que participan se encuentra obligado a asistir si así no lo desea.

Si bien en un inicio, el grupo fue pensado para desarrollarse todos los días en la actualidad se ha llegado a concluir que una sola reunión por semana, tanto para personas internadas como ambulatorios, puede ser suficiente para obtener resultados satisfactorios para las familias (García Badaracco, 2000).

El eje central del grupo es el proceso terapéutico, el diagnóstico funciona sólo como un elemento que ayuda a pensar sobre el sujeto, pero asumiéndolo como una generalización, que no contempla las particularidades individuales de cada persona (García Badaracco, 1989).

El funcionamiento del grupo es multi terapéutico, varios terapeutas trabajan simultáneamente a la vez que las familias ofician este rol, otorgándole al contexto una

mayor riqueza y un clima emocional enriquecedor. A su vez partiendo de la base de que un terapeuta puede ver lo que otro quizás no, se trabaja en co-terapia (García Badaracco, 2000).

Maruottolo (2009) entiende al grupo multifamiliar como una micro sociedad, en donde se desarrollan fenómenos complejos únicos y propios, y los sujetos, desde lo individual, social y familiar, dialogan y viven una experiencia enriquecedora en un mismo espacio socio terapéutico.

Pues allí conviven familias de diferentes orígenes y problemáticas, para Palleiro (2013), estas familias con sufrimientos psíquicos severos, se caracterizan por la experiencia de no sentirse personas, sentimientos de soledad y marginación, así como al estar sometidos a vínculos alterantes de víctimas y victimarios. Desde el psicoanálisis multifamiliar lo que se busca es la construcción de una persona autónoma y libre, que se sienta parte de las tramas sociales garantizando el ejercicio de sus derechos personales y sociales.

Para García Badaracco (2000) también se apunta al cambio psíquico en relación a la apertura de nuevos espacios mentales, generando experiencias enriquecedoras que den lugar al sí mismo. Se trata de un encuadre espontáneo y de un estar disponible para todos los que participan, desarrollando la sensación de contar con el otro.

Se interviene a nivel multifamiliar, para hacer visibles las interdependencias y así meterse en la trama vincular, rompiendo y desgastándolas, y se apunta a abrir la mente a nuevas vivencias y sentimientos que sean generadores de cambio, para posibilitar nuevas formas de sentir y de pensar (Mourelle, 2013).

Lo importante no es adherirse a una escuela de pensamiento sino poder articular diversos recursos técnicos, en un contexto social amplio que permita salir a los sujetos de las tramas patógenas, así como generar procesos de desalienación y lograr una mayor identidad y autonomía psíquica (García Badaracco, 2000).

En resumen, el grupo multifamiliar es la estructura más compleja y sofisticada para el tratamiento de enfermos mentales graves. Es la estructura más poderosa para producir verdaderos cambios en estas personas, las cuales son tan difíciles de modificar desde los recursos terapéuticos tradicionales, como ser psicoterapias individuales, o grupos exclusivamente de familiares. En este grupo se incluye a todas en un mismo espacio y tiempo, incorporándose también la dimensión institucional, social y comunitaria (Ayerra & López Atienza, 2003).

Por todo lo anterior surge la pregunta, *¿Qué es lo que hace a este modelo lograr cambios tan profundos en sus participantes?*

2.c) La riqueza de lo MULTI-familiar

2c.a) Pensar juntos lo que no se puede pensar solo

El contexto multifamiliar es como una “mente ampliada” (García Badaracco, 2000), una gran mente que piensa y que tiene mayor capacidad para romper las estructuras rígidas que constituyen a la enfermedad mental. Los aportes de unos son beneficiosos para los otros, ya que permiten generar asociaciones de lo que acontece a nivel grupal para pensarse a sí mismo.

Claro (2013) entiende que esta mente ampliada es una construcción relacional que se caracteriza por un clima emocional que favorece a que se dé la confianza necesaria para compartir conflictos, miedos, sentimientos y poner en marcha la capacidad de resolverlos de manera auténtica.

Este autor habla de *Mente en trama*, concepto que incluye y amplía el de mente ampliada. Esta es: “(...) una dimensión constitutiva de todo psiquismo. Somos necesariamente en trama, con nuestra familia, con la sociedad, con la cultura, con el idioma que hablamos y que nos habla” (Claro, 2013, p.1). Para él, en la mente en trama el cambio psíquico de uno, desarrolla nuevas interdependencias sanas que habilitan al cambio psíquico de los demás.

Esto ocurre, porque en el grupo se participa escuchando activamente las múltiples maneras de pensar, permitiendo a los participantes escuchar las voces del sujeto como individuo, como miembro de una familia y como resultado de la cultura y la sociedad (Maruottolo,2009).

Los participantes, a través de diversas identificaciones pueden empezar a vivir situaciones que no han vivido antes. Aquello que los demás expresan en el grupo puede ser una aprendizaje para otro, y las expresiones de lo propio funcionar como “puentes” para expresarse más desde uno mismo. A la vez que toman a los otros como “pantallas” de proyección y desplazamiento de distintos contenidos de la mente, pues las otras personas reactivan aspectos inconscientes. De esta manera, el contexto con la participación comprometida emocionalmente de los miembros da lugar a diálogos que tienen la potencialidad de hacer pensar (García Badaracco, 2000).

Para Ayerra y López Atienza (2003) esto ocurre porque para los familiares encontrarse con otras personas que presentan experiencias similares, les permite hablar y pensar en la posibilidad de revertir sus problemas, y de encontrar nuevas relaciones por fuera de la familia y de esa manera configurar nuevas identificaciones.

Así como asegura Palleiro (2013) que el hecho de que haya otras familias, permite re pensar la propia, y experimentar en este contexto de seguridad, nuevos

modos vinculares, con otra madre u otro hijo, que estén “disponibles” para vivir interdependencias más saludables y habilitar al ser más genuino.

Pues sucede que a un padre le resulta más fácil hablar con el hijo de otra familia y viceversa, o que dos padres o dos hijos dialoguen con mayor facilidad de la que están acostumbrados en su familia nuclear, lo que habilita a una franqueza que los terapeutas en su rol no podrían sentirse autorizados a manifestar (Naracci, 2010).

Se parte así desde una concepción transdialógica en el grupo, en donde el diálogo se da como un proceso interactivo, desde una posición de horizontalidad, en donde la validez de lo que se dice no depende de la posición de poder que ocupa, sino de la cualidad argumentativa de los participantes. Este diálogo atraviesa al sujeto, al grupo familiar y al espacio socio-cultural (Maruottolo, 2009).

El grupo en sí mismo se construye como un lugar novedoso, en donde los participantes se sienten acompañados, y escuchados, a la vez que se animan a expresarse. Los tiempos para animarse a abrirse frente al resto se “aceleran”, pues el hecho de poder compartir un espacio terapéutico con personas de diferentes contextos, pero que se enfrentan a situaciones similares de dolor, permite una apertura nueva, a un clima emocional que moviliza hacia el cambio.

2c.b) La seguridad del contexto

Esta presencia de otras familias y de los terapeutas y la posibilidad de pensar juntos, crea un clima de seguridad desconocido.

En primer lugar, García Badaracco (2000) entiende que el enfermo llega a sentir al espacio como un lugar en donde la “locura” encuentra límites seguros, habilitando a que el mismo se libere de las interdependencias patógenas que lo hacen sentirse protegido. Reduce el miedo de los participantes de hacer daño, y permite a las personas expresarse con mayor libertad.

Para él, esto sucede porque cada familia reproduce en este contexto la dinámica de la familia nuclear, se reproducen las situaciones traumáticas y las identificaciones patógenas que han dado origen a la enfermedad y al poder actualizarlas con otras familias que empatizan, el conflicto se vuelve más manejable.

Ayerra y López Atienza (2003) entienden que gracias al contexto existe una transformación en donde los enfermos dejan a sus personajes, y se animan a denunciar abiertamente a estas interdependencias que los obliga a construirlos.

Esta posibilidad de denuncia es un paso decisivo para la curación, si bien es doloroso para los padres escuchar las verdades de sus hijos, también es necesaria para que sus hijos puedan llegar a individuarse y así comprenderlos como adultos (Mitre, 1998).

Así también lo afirma Maruottolo (2009):

Con el tiempo he visto en los pacientes que “pudiendo hablar de esas cosas que no conviene tratar”, al poderla pensar, sentir y dialogar en grupo, se genera una liberación que es sustrato para otros procesos emancipadores que generan nuevos recursos Yoicos genuinos. (p.10)

En segundo lugar, al ser muchos los que forman parte de las multifamiliares los aportes se multiplican y la interacción permite evidenciar los múltiples aspectos transferenciales y trabajar las interdependencias, adentrándose en el interior de las tramas en términos de función terapéutica mediadora. Es un espacio con un gran potencial de crecimiento porque continenta los aspectos más regresivos y enfermos que puedan darse en los participantes (García de Bustamante, 2013).

Funciona como un nuevo escenario en donde:

El grupo y sus coordinadores podrían compararse con un director de escena en la medida que busca mantener un espacio preparado para acoger todos los personajes errantes y perdidos que nos habitan y que el yo no reconoce como parte de su reparto personal. (García de Bustamante, 2013, p.4)

Para Ayerra y López Atienza (2003) el grupo juega un papel de tercero que rescata a los miembros de las simbiosis de las interdependencias que se vuelven difíciles de resolver. Permite trabajar la dimensión vincular de los conflictos en donde la presencia de otros familiares y de otras personas que forman parte de la sociedad, brindan una riqueza vivencial y emocional que no se logra en otros contextos.

García Badaracco (2000) afirma que si bien el miedo y la resistencia al cambio, siguen siendo motivo de angustia, el contexto los contiene mejor y permite procesar de una mejor manera el desorden y el caos que genera. Tiene una poder desalienante que permite al enfermo empezar a liberarse de las tramas patógenas que configuran a la familia nuclear, porque el contexto desde su diversos recursos terapéuticos aporta ese soporte necesario para construir recursos yoicos más genuinos.

El contexto seguro habilita a configurar un espacio continente para desprenderse de las presencias intrapsíquicas que los habitan e impidieron la construcción de su ser más genuino, brinda así el soporte y la confianza necesaria para lograr el proceso de des-identificación.

2c.c) La des- identificación

En el grupo al generar este clima emocional diferente y permitir el despliegue de las interdependencias de una manera más segura y contenida, logra también un proceso de des identificación.

Como asegura García Badaracco(2000):

(...) el paciente, al sentirse colocado en un contexto multifamiliar en el que la “actuación de su locura” encuentra límites seguros, que contienen su destructividad fantaseada, puede empezar a desprenderse de las “redes de interdependencias patológicas”, tanto internas como externas, que le daban la engañosa vivencia de seguridad.(p.19)

Este proceso de desidentificación, que refiere a desprenderse de las interdependencias patológicas y de los objetos enloquecedores, es vivido como peligroso y doloroso, hasta el punto de tener vivencias de despersonalización y de vacío. Una de las pacientes de Maria Elisa Mitre (1998), relata en función de este momento:

El momento de gran cambio, tan temido por mis compañeros y por mí misma estaba cerca. Todos los pacientes, no sé cómo, sabíamos que el proceso de curación significaba, en un momento avanzado del análisis, entrar en la tierra de nadie entre la enfermedad y la curación. Nunca pensé que eso significaba para mí el infierno en vida. Sensaciones físicas insoportables, un continuo desasosiego, sentimiento de caminar sobre algodones, el piso se inclinaba, las paredes se movían. (p.42)

Para la autora esto ocurre porque en el proceso la persona está desprendiéndose de esos padres intrapsíquicos que lo habitan, empieza a ser uno mismo, lo cual es una experiencia inédita que al crear nuevas transformaciones en su psiquismo se convierten en angustiantes y difíciles de manejar.

Luego, las des- identificaciones tienen el poder de hacer sentir la existencia de su sí- mismo verdadero, el cual puede surgir y empezar a utilizar sus “potencialidades virtuales detenidas”. Surge con este proceso su sí mismo auténtico que construye recursos yoicos genuinos. El sujeto se siente con más autonomía para pensar y actuar, tiene una mayor capacidad emocional, de intimidad y de estar solo, construye una identidad consistente porque sabe quién es (García Badaracco, 2000).

Esta capacidad de estar solo como elemento clave para la construcción de una identidad propia, tiene sus bases en la teoría de Winnicott (1958) que afirma que esta capacidad de estar solo es una de las evidencias más claras de la madurez en el

desarrollo emocional y la cual depende de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica. Esta experiencia de soledad surge en etapas muy tempranas del niño, que necesita de un yo auxiliar de la madre para equilibrar la inmadurez de su yo, luego el niño introyecta a esta madre auxiliar del yo, y así es capaz de estar sólo, sin la presencia física de esta.

Este proceso de des identificación se da, según García Badaracco (2000) por los recursos terapéuticos inherentes del grupo multifamiliar, ya que la presencia de otras familias que se solidarizan y empatizan con los otros, y la multiplicidad de figuras identificatorias en el grupo, brinda el soporte necesario para la construcción de estos recursos yoicos y para liberarse de la trama patógena que los enreda. El sujeto tiene la posibilidad de hablar con otras personas con los cuales no está vinculado en base a una interdependencia patógena, y le permite conocer su parte más sana. Estas nuevas identificaciones le dan un sostén al sí mismo, además de asistirlo para lograr el desprendimiento de la familia nuclear.

2c.d) El manejo de la transferencia y la importancia de la contratransferencia

Para García Badaracco (1983b), la transferencia psicótica es producto de la identificación proyectiva masiva que el enfermo realiza sobre el terapeuta, es un desplazamiento de aquello que configuró la interdependencia patógena y que el sujeto vivió de manera pasiva. Esta está cargada de reproches a las figuras parentales que no pudieron brindarle los recursos yoicos maduros para su desarrollo. Esto conduce a que traten a los terapeutas de la misma manera en como ellos se sintieron tratados de niños, y buscan ponerlos a prueba para ratificar que son capaces de configurarse como objetos estructurantes más sanos a lo que fueron sus progenitores

Siguiendo las ideas de este autor, en este contexto multifamiliar las situaciones traumáticas se re construyen en vivo y en directo y esto hace que se activen estas situaciones en transferencias múltiples en las personas que forman parte del grupo.

Estas transferencias corresponden a los diferentes personajes de la mente fragmentada de los enfermos y en vez de condensarse en una sola persona, se despliega en múltiples transferencias, pues todos los participantes configuran el campo psicológico de estructura multifamiliar (Mascaró, 2011).

Es imposible abordar todas las transferencias que se desarrollan, más bien se busca mostrar el fenómeno transferencial de una situación particular delante de los demás, para que los participantes puedan ver este fenómeno en toda su relación interpersonal para pasar de verla en los otros a evidenciarla en sí mismo (García Badaracco, 2000).

Mascaró (2011) habla de *transferencia dispersa*, refiriéndose al "(...) proceso de cómo se reparte la transferencia entre los miembros del grupo, reduciendo la intensidad de la carga emocional y permitiendo su manejo con más eficacia"(p.5). Asegura que la transferencia no es solo la repetición del pasado, sino un pasado que se actualiza y un presente que la condiciona continuamente. Afirma que en el grupo multifamiliar todos forman parte de la experiencia terapéutica y el campo psicológico multifamiliar se construye activamente entre todos los participantes.

El contexto multifamiliar es el más idóneo para el despliegue de las transferencias psicóticas ya que la alianza terapéutica y el grupo brindan un resguardo y una seguridad que permiten al sujeto poner en palabras la violencia contenida que en otro contexto suele llevarse a la acción (García Badaracco, 2000).

Estos fenómenos transferenciales deben pensarse dentro de la complejidad de las interdependencias recíprocas, así lo afirma Mascaró (2011), pues no sólo los familiares, sino también los terapeutas pueden caer en las interdependencias patógenas. Pero el contexto multifamiliar, al brindar mayor contención por la presencia de los otros, familiares y colegas, contribuyen a rescatar al terapeuta de las interdependencias patógenas que se producen en la trama transferencial.

Asegura también, que en el grupo multifamiliar se asume una relación igualitaria, en donde se reconoce al otro en su subjetividad y se acepta que la actitud del terapeuta condiciona al otro. Asumir que la transferencia del terapeuta también condiciona el campo terapéutico de la multifamiliar favorece el clima y la confianza en él.

En relación a lo anterior Mascaró (2011) afirma:

La idea que trato de transmitir es que la manera de enfrentar nuestra transferencia en la relación terapéutica, es reconociendo al otro como una persona que tiene una historia particular que lo hace comportarse de una determinada manera y que se encuentra con un otro, el terapeuta, que tiene la propia y que de esa conjunción surgirá o no la posibilidad de un cambio psíquico. (p.6)

La contratransferencia es clave en este contexto, el impacto que tiene en el terapeuta lo que ocurre en el encuentro multifamiliar es la herramienta más eficiente para comprender lo que está pasando en el grupo y construir devoluciones a los participantes. En este dispositivo comprender la contratransferencia y el impacto emocional del propio terapeuta es fundamental para el mismo hilo conductor de la reunión (García Badaracco, 2000).

En este sentido Mascaró (2011) entiende que es importante el trabajo en co terapia para contar con el sostén y acompañamiento de los otros del grupo, técnicos y familiares, cuando las transferencias son abrumadoras.

Para este autor, cuando el terapeuta es capaz de empatizar e identificarse con el sufrimiento del otro, sin imposiciones, se genera el campo psicológico que habilita el despliegue de las transferencias en su totalidad y complejidad. De esta forma se hace visible la necesidad de ese desarrollo que quedó estancado por las interdependencias patógenas. Evidenciar esa necesidad de desarrollo implica que el terapeuta pueda ver la *virtualidad sana* que se oculta detrás de esos síntomas que configura el enfermo.

Es necesario conceptualizar el término *virtualidad sana* para comprender la importancia de este compromiso emocional y la necesidad de empatizar con el sufrimiento del otro para comprender más acabadamente a los terapeutas en su rol.

2.d) Virtualidad sana

Este concepto que desarrolló García Badaracco (2006a), es una nueva manera de pensar la enfermedad y la salud mental. Refiere a la capacidad potencial que tiene toda persona enferma de desarticular el poder enfermante que poseen las presencias enloquecedoras presentes en su mundo interno.

Implica que el terapeuta debe ser capaz de introducir la salud mental en la trama enfermante, poder ver lo sano del sujeto y neutralizar el poder patógeno que tienen las interdependencias. Esta convicción de que el enfermo puede curarse debe regir en todo el equipo de terapeutas que desarrollan las multifamiliares, pues es necesario para el mismo creer en su posibilidad de cambio (García Badaracco, 1989).

Tal como lo afirma María Elisa Mitre (1998):

(...) nuestros pacientes registran la veracidad de nuestra convicción. Si esto es así, sí realmente perciben nuestra seguridad de que su cura es posible, estas personas tendrán más posibilidad de realizar un *redesarrollo* sano en el marco de un contexto nuevo. (p.8)

Asegura que los reproches y reclamos compulsivos, que son inherentes a la compulsión a la repetición, así como también la resistencia, son aspectos virtuales sanos que buscan reparación, por lo que el analista debe ser capaz de verlos y entenderlos como tal (Mitre, 2000).

Mirar al sujeto y verlo como un enfermo es potencialmente enfermante, pues por más enferma que esté la persona, siempre existe una *virtualidad sana*. La mirada de miedo de los familiares lo miran con la certeza de que no va a mejorar enferma mucho más que las palabras, pues la misma penetra directamente en el inconsciente. A través ella se puede descubrir el alma del otro y es clave para propiciar la construcción

de interdependencias sanas para establecer climas psicológicos de seguridad y de confianza (García Badaracco, 2006a).

Para García Badaracco (2006a) entonces desarrollar esa virtualidad sana que todos los enfermos tienen, y que es necesario poder “ver”, implica revertir la situación del sujeto en sus déficit de recursos yoicos, a través de un proceso terapéutico que neutralice el poder patógeno que actúa sobre él.

Al respecto de esto Mourelle (2013) afirma;

Al vivenciar otros modos de estar con los otros y con nosotros, no quedamos atrapados en una única manera de ser. Potenciar la **virtualidad sana** habilita un funcionamiento más armónico y equilibrado-para cada uno- en relación a la trama que conformamos. De este modo, se tiene mayor capacidad para pensar la naturaleza de los vínculos que establecemos. (p.1)

Este concepto novedoso que forma parte del cuerpo teórico del psicoanálisis multifamiliar, implica un involucramiento distinto por parte del terapeuta, que tiene que ver en el otro el potencial de cambio que realmente existe y que queda oculto por los síntomas de la propia enfermedad. Requiere una “exigencia” en el quehacer profesional, que implica mirar al otro y confiar en su proceso, porque al mirarlo, y creer en él, el mismo puede confiar en sí mismo y en que puede curar. El despliegue de la virtualidad sana será posible entonces, con un grupo de terapeutas que confíen en la posibilidad de cambio y que el proceso de maduración es posible.

2.e) Rol de los terapeutas

El grupo multifamiliar funciona como un grupo multi terapéutico en donde varios terapeutas trabajan simultáneamente, y no sólo los técnicos ofician este rol, sino también las familias. Los técnicos, que a su vez trabajan en co terapia, buscan que los que participan ofician de agentes terapéuticos, logrando establecer una modalidad terapéutica que es a la vez individual, familiar y social en un solo abordaje (Kernberg, 2000).

El equipo terapéutico, funciona en un nivel inconsciente como una familia sustitutiva, y es el principal agente de cambio ya que favorece a los participantes a vivir nuevas experiencias, enriquecedoras, que amortiguan el daño psicológico de vínculos pasados (Mascaró,2002).

Teniendo en cuenta el proceso de enfermar desde las interdependencias patógenas, y la comprensión de que la violencia del enfermo es la violencia familiar en su mundo interno, la función terapéutica se construye como un tercero que se

entromete en esta estructura patógena de la familia, buscando la construcción de identificaciones sanas (García Badaracco, 2000).

La orientación terapéutica se dirige a la transformación de los diversos contextos que hay en lo multifamiliar, desde el grupo grande, a la familias hasta el sujeto individual, brindando nuevas estructuras psíquicas y la construcción de recursos yoicos genuinos, tomando al diálogo como proceso de cambio (Maruottolo,2009).

No se trabaja desde la interpretación de fantasías inconscientes, sino que se señalan las relaciones personales, ósea las interdependencias, para rescatar los aspectos positivos y las necesidades profundas que estas relaciones conflictivas esconden (Mascaró, 2007).

El terapeuta multifamiliar cumple diversas funciones cuando puede involucrarse en la trama conversacional. Busca el crecimiento psicológico y psicoemocional de quienes participan en las multifamiliares, cuando se anima a estar en el grupo interviniendo creativamente y formando parte del mismo. Para esto es clave la implicación y el compromiso afectivo. "Se hace proceso en la multi con los demás participantes, procesos como técnico y como sujeto. Ser técnicos en trama requiere trabajo en simetría y corresponsabilidad" (Claro, 2013, p.1).

Para García Badaracco (2006c) tiene que "involucrarse" desde un compromiso emocional en el trabajo terapéutico con el otro, articulando las diferentes vivencias que se expresan en el grupo, y visualizar las similitudes entre las familias y así metaforizar las situaciones, que permitan a los otros pensarse a sí mismo, y la relación de las demás historias con la propia.

Badaracco (2000), afirma que los gestos y la mirada deben tenerse en cuenta mucho más que la escucha, para lograr una aproximación empática con los otros que habilite a desenredar las interdependencias en las que están atrapados. Por lo que también tiene que ver las conductas patológicas del grupo familiar y la dinámica entre los miembros para evidenciar los factores que han condicionado la enfermedad.

Este autor asegura que es clave que se pueda crear un clima de solidaridad, evitando interpretaciones de aspectos inconscientes que puedan ser traumáticas por ponerse en evidencia en un grupo grande, y habilitar a las personas a sentirse acompañados en su sufrimiento, ya que esto permite expresarlo sin temor al ridículo.

Maruottolo (2009) sin embargo, hace énfasis en que el terapeuta en su rol tiene que escuchar desde donde hablan los participantes, si lo hacen desde el lugar de sujeto-individuo, como miembro de la familia o como producto de la cultura o sociedad, pues así puede comprender desde donde están sustentadas sus problemáticas a la vez ayudarlo a integrar todas las otras dimensiones.

Según este autor, el técnico en su rol tiene que crear un clima que genere en los participantes un pensamiento reflexivo, y no disyuntivo, ni totalizante, sino que lleve a la adquisición de nuevos recursos yicos, para lograr la emancipación del sujeto, y elaborar en el grupo un pensamiento crítico y una acción de cambio.

El terapeuta, puede utilizar todos los recursos que considere pertinentes para el desarrollo del encuentro, pero siempre debe saber contextualizarlos así como hacerlos operativos para integrarlos de manera coherente en el hilo conductor de la reunión (García Badaracco, 2000).

Por otro lado, el terapeuta en este contexto debe tener la capacidad de trabajar en co-terapia. Esta es una de las características más enriquecedoras del dispositivo, tanto para los familiares como para los técnicos.

Es muy factible caer en la trampa de generar alianzas terapéuticas con los participantes por la contratransferencia que alguno puede llegar a producir en los terapeutas. Pero estos posibles conflictos encuentran su sostén y contraparte en el trabajo en equipo que significa el psicoanálisis multifamiliar. En este sentido es fundamental, contar con espacios de supervisión y encuentros posteriores a las reuniones multifamiliares que permitan a los técnicos trabajar sobre estas posibles “trampas”.

Para Guimón (citado por Mascaró, 2007), este trabajo en co-terapia y la posibilidad del grupo de trabajar con las familias y los usuarios evita los procesos de decadencia institucional, y la actividad individual y aislada, que en ocasiones puede resultar iatrogénica, porque exige a los profesionales una coherencia y un involucramiento entre los mismos para compartir las dificultades de la tarea.

A lo largo de este apartado sobre el grupo multifamiliar, se vuelve evidente la importancia del compromiso emocional de los terapeutas en su tarea, la co-terapia es un valuarte en este trabajo, porque invita a re-pensar continuamente la dinámica del grupo, las fluctuaciones que pueden darse, y exige construir espacios de análisis que favorecen al crecimiento del equipo terapéutico.

Poder ser parte del equipo técnico de estos grupos, refiere a un crecimiento no solo a nivel profesional, sino también personal. Las palabras de Mourelle (2013) evidencian claramente esto:

A través de los años, hemos ido descubriendo que el Psicoanálisis Multifamiliar más que el tratamiento de una persona que sufre, introduce salud mental directamente en los lazos de todos los que participamos, propiciando interdependencias más saludables, estimulando la virtualidad sana de cada uno para poder experimentar una vida más genuina.(p.1)

A modo de síntesis, el grupo de psicoanálisis multifamiliar se construye como un continente seguro, en donde varias familias se encuentran y pueden configurar nuevos vínculos que los alejen de las interdependencias que han construido en la familia nuclear. El clima emocional que se genera permite dar seguridad para el despliegue de la “locura” en palabras en vez de en acto, que a su vez moviliza aspectos inconscientes en todos los presentes, y permite pensar en la historia propia. La multiplicidad de participantes de diferentes contextos pero que se comprenden en su sufrimiento otorga la riqueza del encuentro que abre camino hacia el cambio, hacia el proceso de des identificación y maduración de toda la familia.

El desafío del terapeuta es ser capaz de crear, empatizar, emocionarse, ver la virtualidad sana y evidenciar explícitamente las similitudes en las vivencias entre los que hacen la multifamiliar. De crear este clima que permita la confianza para la apertura y exposición de las partes más dolorosas y evidenciar las interdependencias que inhabilitan a la construcción el ser más auténtico.

3. Psicoanálisis multifamiliar más allá de la enfermedad mental

El psicoanálisis multifamiliar no es sólo una técnica o una nueva teoría, es una nueva manera de pensar el sufrimiento humano, y las diferentes articulaciones posibles para aliviarlo. Este abordaje se re inventa en cada espacio en el que se ponga en práctica, pues no es una teoría acabada, sino una obra en crecimiento, que crece en función de las articulaciones que genera en la mente dispuesta a la apertura (Simond, 2011).

Tanto es así que si bien este modelo tuvo sus orígenes en un hospital psiquiátrico y que fue tomando forma como dispositivo en base al trabajo con enfermos mentales graves, varios profesionales lo han tomado como puntapié para desarrollarlo en otras patologías u otros ámbitos.

Tal es el caso de la experiencia en nuestro país reconocida en 2013 en el marco del plan de implementación de prestaciones en salud mental en el SNIS, desarrollada por los técnicos Mourelle y Puñales (2013). Esta experiencia se desarrolla en una institución sanitaria con usuarios mayores a 16 años que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar, ya sea por un suicidio, muerte en la infancia o adolescencia temprana, y usuarios con algún familiar o vínculo cercano que haya realizado algún intento de autoeliminación. Se trabajó en sesiones grupales semanales, coordinados por dos terapeutas con no más de 16 integrantes, basados en el abordaje teórico técnico del psicoanálisis multifamiliar.

Mourelle y Puñales (2013) dan cuenta que arrojó resultados positivos en los usuarios que participaron, desde mejorías en el estado de ánimo, mayor preocupación en el cuidado personal, disminución de las vivencias de desolación, mejoría en los vínculos intra y extra familiares, participación más activa desde la escucha y la expresión de deseos de cambio y de proyección a futuro.

Para estos autores el grupo habilitó a tejer entre los participantes una nueva trama, y recomponer ese sistema familiar que se vió afectado por la muerte de un familiar, permitió hablar desde el dolor y la posibilidad de sentirse comprendido, escucharse unos a otros respetando la alteridad.

En Europa, en la localidad de Elche, Alicante en España, en el Centre de Teràpia Interfamiliar y en la Asociación Salut Mental de Elche, se trabaja desde los conceptos del psicoanálisis multifamiliar en diferentes instituciones públicas como privadas, no solo del ámbito de la salud mental. (Sempere & Fuenzalida, 2013)

Sin embargo, Sempere y Fuenzalida (2013) no hablan de *psicoanálisis* ni de *multifamiliar*, prefieren hablar de Terapia Interfamiliar. Afirman que este contexto abierto y que a la vez complementa múltiples aportes teóricos, implica una nueva metapsicología, la cual engloba mucho más que el psicoanálisis. En relación a lo interfamiliar dan cuenta que el término permite comprender que lo relevante en el modelo no es solo la participación simultánea de las familias sino la interacción y la elaboración que puedan darse en común entre las mismas.

Los autores antes mencionados, cuentan sobre una de las experiencias que se desarrollan en Alicante, concretamente en Orhiuela en base a este dispositivo, se desarrolla en una unidad de atención ambulatoria pública. Semanalmente se trabaja con un grupo abierto de pacientes atendidos en las consultas de psicología y psiquiatría del área de salud mental infanto juvenil. Es un espacio de contención clínica y de elaboración de conflictos familiares haciendo especial énfasis en las conductas de los niños y los adolescentes.

Este modelo también ha salido de los límites de la salud mental. En un centro escolar público de Elche, en España, funciona un grupo multifamiliar semanal, que busca dar respuesta y apoyo a los padres de niños del centro. Promoviendo el intercambio entre los familiares y abordando las relaciones familiares y la interacción familia-colegio (Sempere & Fuenzalida, 2013).

De alguna manera, varios profesionales que han apostado a los grupos multifamiliares para abordar diferentes problemáticas en diferentes países, dan cuenta de las características novedosas y positivas que tiene el mismo.

Para Mourelle y Puñales (2013) el clima emocional que se vive en los encuentros, no contar con un marco rígido ni recetas, así como poder pensar juntos y

tejer esa nueva trama en el grupo resulta fundamental para lograr resultados positivos más allá de la población con la que se trabaje.

Después de todo, es pertinente preguntarse, *¿Por qué funciona el Psicoanálisis Multifamiliar?*.

La respuesta a esta pregunta, según los referentes más importantes de este abordaje ha quedado registrada a lo largo de este trabajo, pero también otros profesionales que han desarrollado grupos multifamiliares, explican el por qué del éxito de este modelo.

Según Burguillo (2010), quién trabaja en el dispositivo en el centro de salud mental de Parla, Madrid con enfermos mentales graves, uno de los motivos del éxito del modelo tiene relación con el hecho de no tener un límite de tiempo, a diferencia de otros abordajes terapéuticos. Esto habilita a las personas a que realicen sus procesos a su tiempo, sin presiones o imposiciones. Entiende también que el grupo multifamiliar brinda un cambio en la mentalidad de los terapeutas, les otorga más confianza por ver las mejorías reales en los enfermos graves, antes consideradas imposibles, y les brinda la sensación de estar dando una mejor y mayor contención, y una posibilidad terapéutica más real y eficaz.

Sempere y Fuenzalida (2013) afirman que el éxito se debe a que tiene una base teórica comprensible, a la compatibilidad del abordaje con las otras actuaciones terapéuticas (individuales, psicofarmacológicas, grupales y/o familiares) y a la potencia terapéutica percibida por los participantes. Destacan del dispositivo que al trabajar con varias personas en el mismo contexto desde la acción terapéutica regular y continua, “descongestiona” las agendas de los profesionales optimizando los recursos económicos y profesionales, a la vez que permite articular escuelas del pensamiento aparentemente incompatibles unas con otras.

Según Ayerra y López Atienza (2003), el grupo multifamiliar resulta importante para contrarrestar el autismo institucional. Logra una apertura al exterior, comunicando a la institución con el contexto comunitario, contexto al que está al servicio y del que se nutre constantemente para adaptarse. Por lo que la sola presencia de este grupo implica un importante grado de salud institucional y del equipo que lleva a cabo su desarrollo.

Pero el psicoanálisis multifamiliar también cuenta con sus debilidades y dificultades como modelo teórico técnico. Según Burguillo (2010) en principio no habilita a “ hilar tan fino ” como sucede en los espacios terapéuticos bi personales. Entiende que al alejarse de la concepción del terapeuta como “ pantalla blanca ” para el despliegue de deseos y proyecciones, limita el desarrollo de gran parte de los conflictos naturales del ser humano.

Para Sempere & Fuenzalida (2013) entre algunas de sus carencias se encuentra el encuadre que al ser abierto y espontáneo genera en los profesionales cierta confusión, debido a que están acostumbrados a encuadres más rígidos y cerrados. En algunos casos su aplicación puede encontrar trabas institucionales para su aplicación, por ser considerado “poco ortodoxo”, a la vez que no cuenta con estudios científicos que den cuenta de su eficacia y eficiencia. Para estos autores, el hecho de que la asistencia a los encuentros no sea obligatoria y el contexto tan amplio y diferente a los otros espacios terapéuticos, produce en algunas ocasiones la inasistencia de las familias. Por último, afirman que en un contexto tan amplio y espontáneo, para algunos profesionales se vuelve una debilidad por no contar con una metodología única en la intervención terapéutica.

Para el creador del psicoanálisis multifamiliar, era fundamental pensar y re pensar el propio modelo, no dejarlo estancado ni reproducirlo como una mera teoría y técnica, sino evaluarlo y transformarlo de manera continua. Si bien es de suponer que cada centro ha configurado el modelo en función de su realidad político, social y cultural, así como de los profesionales y técnicos que forman parte (aquí en Uruguay es algo que realmente se ha hecho) no es muy accesible el acercarse a estos nuevos conceptos y poder evidenciar las transformaciones que cada país le ha dado si no se tiene la posibilidad de involucrarse con alguno de los multicentros. La bibliografía más accesible de este abordaje se centra principalmente en las construcciones teóricas y técnicas a las que García Badaracco diera origen hace más de 50 años y las transformaciones que él mismo le fue dando. El acercarse al modelo teórico principalmente desde la mirada de su creador dificulta comprender verdaderamente la riqueza que el dispositivo tiene en la actualidad así como las tantas transformaciones que se le ha dado y que se le puede dar en los países en los que se desarrolla.

Este abordaje ha dado cuenta de las diversas posibilidades de implementación que tiene, y que su riqueza se extiende mucho más allá de los motivos para lo que fue creado. Como se mencionó anteriormente, el psicoanálisis multifamiliar implica más que una técnica o un modelo, sino una manera de pensar y trabajar. Sus posibilidades de implementación son diversas, por lo que será necesario encontrar nuevos espacios para su desarrollo para poder contar con más profesionales que puedan seguir enriqueciendo esta nueva manera de trabajar en pos de la salud mental.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se da cuenta de lo novedoso y de la riqueza del dispositivo multifamiliar, así como los conceptos teóricos que el mismo ha permitido

construir y que terminan configurándose como un nuevo modelo de la mente, en donde lo vincular ocupa un lugar central.

La riqueza de este abordaje refiere a la seguridad del contexto, que permite la contención de la “locura”, la posibilidad de pensar en grupo desde las vivencias de cada uno, el despliegue de las interdependencias entre los miembros de la familia, para abordarlas y construir interdependencias sanas y recursos propios genuinos, el despliegue de las transferencias múltiples, así como la identificación con los objetos enloquecedores y el trabajo multiterapéutico de todos sus participantes.

Las familias y terapeutas forman parte de un mismo grupo, el multifamiliar, y las barreras entre sanos y enfermos se desdibujan. Se construyen puentes entre los participantes, que permiten construir historias propias, alejándose de lo patógeno de los vínculos simbióticos familiares.

Brinda las herramientas necesarias para poder construir nuevas tramas en estas familias, y a construirse de manera auténtica y genuina en sus modos de ser y estar en el mundo y con su familia.

A la vez que otorga a los técnicos un espacio novedoso de trabajo, en donde se trabaja desde la multiterapia y la co terapia, brindando en los diferentes recursos terapéuticos un lugar de aprendizaje personal y profesional. Le exige al terapeuta un compromiso emocional y empático con el otro, que lo habilite a creer en él y en sus potencialidades sanas que han quedado detenidas, pero que pueden ponerse en marcha siempre y cuando se confíe en ellas y se les otorgue un lugar para desplegarlas.

Es un abordaje de gran utilidad para trabajar en salud mental, pero que aún no cuenta con la difusión que realmente merece para configurarse como un modelo al que se recurre a nivel hospitalario o en rehabilitación de forma más recurrente, por lo menos no en nuestro país.

Por lo que es necesario realizar más estudios que den cuenta de su eficiencia para poder instalarse como modelo realmente “confiable”, pues la creatividad que exige a los terapeutas y el encuadre espontáneo, casi sin recetas, hace escapar a los más novatos que a veces necesitan de límites para sentirse más seguros en su accionar, y también a los más expertos que vienen acostumbrados a modelos más rígidos en la labor terapéutica.

A la vez que es necesario seguir profundizando en este abordaje, para configurar nuevos conceptos de los cuales se nutre el dispositivo, pues su marco teórico de referencia se centra principalmente en las formulaciones teóricas de su creador. Darle mayor difusión y otorgarle más espacio en el sistema sanitario habilitaría a construir o reformular estos conceptos y contar con más referentes que

permitan cuestionar y re formular este abordaje, para seguir construyendo en la riqueza de lo multifamiliar.

El indagar y conocer desde adentro el Psicoanálisis Multifamiliar es una tarea que enriquece a todos los que se animan a formar parte, porque no sólo es un abordaje diferente, que involucra y brinda herramientas a toda la familia para lograr su proceso de desarrollo y maduración, sino porque construye nuevos modos de pensar y trabajar en salud mental.

Referencias bibliográficas

- Ayerra, J.M & López Atienza, J.L. (2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Avances en salud mental relacional*. 2 (1). Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0201/0201egm.htm>
- 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). 1-14. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1076/1025>
- Castillon, M. (2011) *La patogénesis de la esquizofrenia en el grupo familiar. Una comparación de las perspectivas de Carlos Sluzki y García Badaracco durante la década del '70*. Seminario de grado presentado en Facultad de Psicología UBA, Buenos Aires.
- Claro, D. (2013, 25 de noviembre). *Mente ampliada y mente en trama por Daniel Claro*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/mente-ampliada-y-mente-en-trama-por.html>
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. AE XVIII. Obras completas, Buenos Aires: Amorrortu.
- García Badaracco, J.E. (s.f). *Identificaciones alienantes, patógenas y/o enloquecedoras*. Manuscrito no publicado.
- García Badaracco, J.E. (1978a). La familia como contexto real de todo proceso terapéutico. *Terapia Familiar*, (1), 9-16.
- García Badaracco, J.E.(1978c). Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico. *Revista de psicoanálisis*, XXV (3). 529-578.
- García Badaracco, J. E. (1978f). *La noción de "déficit de recursos yoicos" en psicoanálisis*. Manuscrito no publicado
- García Badaracco, J.E. (1982). *Biografía de una esquizofrenia*. México- Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- García Badaracco, J.E.(1983b). El psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos. *Revista de Psicoanálisis*, XL(1), 693-709
- García Badaracco, J.E. (1984a). *Introducción al panel "Casos difíciles"*. Manuscrito no publicado

- García Badaracco, J.E. (1985a). Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto de "objeto enloquecedor". *Revista de Psicoanálisis*, XLII (3), 214-242.
- García Badaracco, J.E.(1989). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnicpublicaciones S.A.
- García Badaracco, J.E. (1989a). Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficit de desarrollo de recursos yoicos. En Guimón, J.E. Mezzich, J.F. & Berru, G.F., *Diagnóstico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Salvat.
- García Badaracco, J.E. (1990b). Las identificaciones y la des-identificación en el proceso analítico. *Revista de Psicoanálisis*, XLVII(1). 84-102
- García Badaracco, J.E. (1998c). *Sobre la noción de "Objeto enloquecedor"*. Manuscrito no publicado
- García Badaracco, J.E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- García Badaracco, J.E. (2002b). "Comentario sobre el trabajo de Enrique Pichon Rivière: Neurosis y psicosis: una teoría de la enfermedad. *Revista de Psicoanálisis*, 59(4), 891-898.
- García Badaracco, J. E. (2006a). *Virtualidad sana*. Manuscrito no publicado
- García Badaracco, J.E. (2006a_04). *De sorpresa en sorpresa*. Manuscrito no publicado
- García Badaracco, J.E. (2006c). *El psicoanálisis multifamiliar: como curar desde la "virtualidad sana"*. Manuscrito no publicado
- García Badaracco, J.E. (2006f). *La nueva manera de pensar*. Manuscrito no publicado
- García de Bustamante, E. (2013). La función por hacer. *Commedia da fare. Revista Huellas de psicoanálisis y psicología social*, (3), 1-6. Recuperado de http://revistahuellas.es/rh_2013_3/pdf/3_la%20funcion.pdf
- Kernberg, O. (2000). Prólogo. En García Badaracco, J.E. *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*.(11-14). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M.(1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En Klein, M. *Amor, culpa y reparación*. Obras Completas 1. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1937). Amor, culpa y reparación. En Klein, M. *Envidia y gratitud*. Obras Completas 3. Barcelona: Paidós.
- Klein, M.(1959). Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia. En Klein, M. *Amor, culpa y reparación*. Obras Completas 1. Barcelona: Paidós,1990.

- Macchioli, F. (2003). Antecedentes de la terapia familiar en la Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, (16), pp. 3-27. Recuperado de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Macchioli_Antecedentes_Terapia_Familiar_Argentina.htm
- Macchioli, F. (2009, octubre). *La psicosis en la familia: modelo para armar. Jorge García Badaracco y la versión de algunos conceptos psicoanalíticos (1960-1979)*. Comunicación libre presentada en las "I Jornadas de Historia, Psicoanálisis y Filosofía", Buenos Aires. Recuperado de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Macchioli_Badaracco_Psicosis_Familiar.htm
- Macchioli, F. (2012). Inicios de la terapia familiar en la Argentina. 1960-1979. En: *Estudios e Pesquisas em Psicologia*. 12, (1), 279-287. Recuperado de <http://www.revispsi.uerj.br/v12n1/artigos/pdf/v12n1a16.pdf>
- Macchioli, F. (2013). *Comunidad terapéutica psicoanalítica, familia y valores en la Argentina de los setenta*. Trabajo presentado en V Congreso Internacional de Investigación y Práctica en Psicología XX Jornadas de investigación noveno encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.
- Markez, I. (2009). Potencial del Psicoanálisis multifamiliar. Entrevista a Jorge García Badaracco. *Norte de Salud Mental*, (34), 85-93. Recuperado de http://antigua.ome-aen.org/norte/34/NORTE_34_120_85-93.pdf
- Maruottolo, C. (2009). El psicoanálisis multifamiliar como dispositivo terapéutico hipercomplejo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2), 1-11. Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0802/0802_Claudio_Maruottolo_EL_PSICOANALISIS_MULTIFAMILIAR_COMO_DISPOSITIVO.pdf
- Mascaró, N. (2002). El trabajo en equipo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 1(3). Recuperado de: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0103/0103ete.htm>
- Mascaró, N. (2007) Crisis y contención; el grupo multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 6(2). Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0602/crisis_y_contencion.pdf
- Mascaró, N. (2011) La transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 10(3), 1-7. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1403/1270>
- Mitre, M.E. (1998). *Las voces de la locura: Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Emecé editores S.A.

- Mitre, M.E. (2000). *El exorcismo de Violeta o las interdependencias patógenas enloquecedoras*. Inédito
- Mitre, M.E. (2003) Las interdependencias recíprocas .Un caso clínico sobre la base de la experiencia transmitida por Jorge García Badaracco. *Revista de Psicoanálisis, LX* (4), 1009- 1038.
- Mourelle, N. (2013,25 de noviembre). *Interdependencias recíprocas por la Lic. Psic. Nathalie Mourelle*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/interdependencias-reciprocas-por-la-lic.html>
- Mourelle, N.& Puñales, C. (2013,25 de noviembre) *Reconocimiento 2013 a la experiencia en el marco del plan de implementación de prestaciones en salud mental*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/reconocimiento-2013-la-experiencia-en.html>
- Naracci, A.(2010). En memoria de Jorge García Badaracco. *Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia*, (7), 3-14. Recuperado de http://www.aipcf.net/web/doc/AIPCF_n7_1-2010-es_2011215135919.pdf
- Palleiro, E. (2011,24 de Julio) .*Contribución de C.I.P.RE.S a la rehabilitación desde el área del psicoanálisis multifamiliar*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2011/07/contribucion-de-cipres-la.html>
- Palleiro, E. (2013, 25 de noviembre) *Psicoanálisis multifamiliar, asambleas y rehabilitación por la Prof. Agda. Dra. Eva Palleiro*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/psicoanalisis-multifamiliar-asambleas-y.html>
- Simond, H. (2011). *El “Esquema de Articulaciones” de Jorge García Badaracco y su relación con el esquema reversible de la mente*. Inédito
- Sempere, J.& Fuenzalida, C.(2013) *Terapia interfamiliar: de la “Terapia de la familia” a la “Terapia entre familias”*. Análisis y difusión del modelo terapéutico. *Psicoterapia y psicodrama*, 2 (1). 88-105. Recuperado de http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Actual/Terapia_interfamiliar_de_la_terapia_de_familia_a_la_terapia_entre_familias_Javier_Sempere_Claudio_Fuenzalida.pdf
- Winnicott, D. (1958). La capacidad de estar solo. En Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

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.