

PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR: UNA TEORÍA DEL ENFERMAR Y DE LA CURA¹

Domingo Boari

1. Introducción

Freud, con su teoría, levantó una construcción compleja y amplísima semejante a un enorme edificio compuesto por varios pabellones, que, como los Museos Vaticanos, pueden ser visitados siguiendo diferentes recorridos.

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

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

En este sentido, el psicoanálisis permitió que muchos autores, de acuerdo con sus particulares intereses, sumaran sus aportes teóricos y técnicos.

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

¹ Este texto constituye una síntesis personal, panorámica, condensada y necesariamente incompleta de lo que fue decantando en mí del contacto con los textos, las enseñanzas directas y la observación de la tarea clínica del Dr. García Badaracco. Las principales publicaciones que pueden consultarse son: García Badaracco (1990, 2000, 2005) y Mitre (1998).

2. *Las interdependencias recíprocas: una teoría del enfermar*

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

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

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

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

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

Estos vínculos psicotizantes impiden el desarrollo de recursos genuinos, de modo que dentro de las tramas de las interdependencias enfermas se generan relaciones fijas y se desalientan y obstruyen a toda costa los nuevos vínculos. En otras palabras, estas interdependencias recíprocas son círculos viciosos que generan mayor dependencia. No es que la dependencia en sí sea algo negativo; lo negativo radica en *la fijeza y la exclusividad* de esas interdependencias, que generan así vínculos perversos.²

Muchas veces, el núcleo de estas tramas está formado por una díada fija, donde prevalece una relación amo-esclavo o un vínculo sado-masoquista. García Badaracco describe un objeto específico, notoriamente visible en las situaciones más típicas, al que denominó *objeto enloquecedor*.³

² Como recordará el lector, Freud (1905d) consideraba que las características determinantes de la perversión eran la fijeza y la exclusividad.

³ Tal vez aquí sea inevitable examinar la condición metapsicológica de este *objeto*. Entiendo que conviene dejar a este concepto en la ambigüedad para que admita diferentes interpretaciones según el contexto o circunstancia. De hecho, en algunos casos, se habla de objeto enloquecedor haciendo referencia a una persona concreta de la vida real que ejerce

Según esta manera de ver las cosas, la enfermedad mental es, en gran medida, resultado de la existencia de presencias enfermantes y enloquecedoras que han impedido el desarrollo de recursos yoicos genuinos y el despliegue de *el sí-mismo verdadero*, de modo que condicionan una discapacidad relativa para enfrentar la vida.

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

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

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

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

De la misma manera que si apagáramos las luces imaginarias de nuestra analogía, desaparecería el objeto producto de esas proyecciones, si lográramos deshacer las tramas

sobre otra una fuerte influencia patógena. En otros, se hace referencia a un objeto internalizado, con lo que ya no hace falta la presencia de alguien de carne y hueso para provocar los efectos enfermantes. En este caso, el objeto interno puede operar de dos maneras claramente diferenciables: 1) como una identificación en el superyó, de modo tal que el sujeto continúa actuando, por ejemplo con sumisión y con miedo, como si el objeto estuviera presente; y 2) como una identificación total o parcial en el yo, de modo tal que el sujeto actúa como lo hacía el objeto. A estas diferentes formas de internalización del objeto García Badaracco las describe como “*presencias*” de esos personajes en nuestras vidas o como “*los otros en nosotros*”.

enfermantes la locura desaparecería, y el llamado “loco” tendría la oportunidad de llegar a desarrollar su sí-mismo verdadero, su potencial sano.⁴

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

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

Los que forman parte de la trama mafiosa y patógena no están ahí por una decisión voluntaria. Son víctimas de un sistema que los incluyó sin consultarlos y les impide salir. Pero también es verdad que una vez adentro se cree que salir equivale a algo semejante a la muerte. Ni siquiera el loco, que a la postre parece la víctima de toda la situación, se atreve a liberarse así como así de su sometimiento. Para *des-identificarse* y dejar atrás la locura, debe atravesar una vivencia de vacío tan penosa que es muy común observar lo que en psicoanálisis conocemos como *reacción terapéutica negativa*.

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

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

⁴ Estas afirmaciones contundentes pueden inducir al malentendido de que es muy fácil desarmar las tramas enloquecedoras, y luego, al comprobar la dificultad, caer en la creencia de que entonces no es verdad la esencia de lo que sostiene García Badaracco. Si alguna de estas cosas sucede es porque no se considera la extraordinaria dificultad que implica deshacer las redes patógenas. Son tramas que, en muchas ocasiones, se consolidan a lo largo de generaciones, y dejan daños casi irreversibles, que perduran aun cuando la persona que “encarnó” el objeto enloquecedor ya no está presente físicamente.

García Badaracco utiliza más bien el concepto de situación traumática, el mismo que, como señalan M. y W. Baranger y Mom (1987), aplica Freud (1926d) en *Inhibición, síntoma y angustia*. La situación traumática básica que describe Freud es la vivencia de desvalimiento, una vivencia temprana y universal que condiciona el destino de la humanidad y, según cómo se la transite, determina el destino de cada hombre en particular. La otra vivencia, emparentada con la de desvalimiento, es la de angustia. La angustia prefigura el peligro y conduce a que se eche mano de diversos recursos, eficaces o no, para enfrentar la vivencia de desvalimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. *Relato del comienzo de una experiencia*

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

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

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

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

Esta hipótesis nos permitió emprender la experiencia de aplicar el *psicoanálisis multifamiliar* a familias en las que la patología más evidente era un integrante con discapacidad intelectual. Es dable imaginar que, más allá de las causas fehacientemente comprobables (por ejemplo, las genéticas), la discapacidad misma puede ser generada y

mantenida por una trama de interdependencias recíprocas patógenas.⁵ Sin entrar a discutir las limitaciones de las que se parte, dada la base orgánica de muchas discapacidades intelectuales, presuponemos que estas tramas impiden el desarrollo de todo el potencial intelectual y afectivo, que permanece, entonces, como un recurso sin desplegar.

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

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

La teoría de las interdependencias recíprocas significó para mí una apertura y un enriquecimiento que no me generó conflicto porque la sentí naturalmente acorde con mi formación previa.

No me resultó fácil, en cambio, convertirme en terapeuta coordinador de un grupo de psicoanálisis multifamiliar. Pero la experiencia me ofreció una perspectiva más que interesante.

A que a poco de andar comencé a comprender de otra manera por qué la psicoterapia multifamiliar puede ser profundamente psicoanalítica. Me sucedió que durante las sesiones y en el posterior ateneo, como se trataba de una experiencia nueva para mí, necesariamente tuve que tomar conciencia de lo que hacía. Se me hizo evidente entonces que “lo psicoanalítico” radicaba sobre todo en el *encuadre interno*.⁶ Vistas “desde afuera”, las sesiones podrían no parecer de psicoanálisis; pero “desde adentro”, al justificar el motivo de cada intervención o el sentido de cada pregunta, etcétera —más

⁵ En este caso deberíamos llamarlas interdependencias “discapacitantes”, “retrasantes” o “atontantes”.

⁶ Utilizo el concepto en el sentido que le da V. Galli (2005) en “Psicoanálisis-psicoterapias psicoanalíticas. Sobre diferencias de grado y de cualidad”.

allá del *encuadre externo*, tan distinto al “clásico”—, el sustento era casi exclusivamente el psicoanalítico.

El segundo comentario se refiere a una sesión en la que me sentía particularmente desorientado y en la que pude comprobar que en estas reuniones multifamiliares, lo mismo que en las sesiones de psicoanálisis “clásico”, el mejor recurso es la atención flotante. Confiado en que ya llegaría la comprensión, sucedió que la intervención de un chico de 11 años (con perturbaciones, pero particularmente perceptivo) me ofreció la clave para entender lo que permanecía reprimido. La intervención del chico estaba formulada en cierto modo en proceso primario y no parecía referida a lo que le sucedía al grupo en su conjunto. Sin embargo, “traducida” a un lenguaje secundario, fue posible salir de la confusión. Este me resultó un ejemplo particularmente claro de lo que Galli (1983, 1985) denomina el *trabajo del clínico*, un “trabajo” que, a semejanza del que realiza el aparato psíquico como trabajo del sueño, trabajo del chiste o trabajo del duelo, sintetiza elaboraciones conscientes e inconscientes con lo que le llega de distintas fuentes.

5. *La espera silenciosa de José Luis*

Joselo, un muchacho de 24 años, comenzó a concurrir con su madre a las reuniones multifamiliares en los primeros meses del 2006. El diagnóstico de Joselo que enviaron del colegio decía que se trataba de un trastorno del desarrollo sin componente orgánico demostrable. Naturalmente, muchos de los que allí asistían, o casi todos, no sabían leer ni escribir; en el mejor de los casos, algunos llegaron a desarrollar un oficio que les permitía realizar pasantías temporarias e incluso trabajar y obtener algún sustento.

Joselo y su madre eran muy callados. Hablaban solamente si se les preguntaba y respondían apenas con monosílabos. Joselo, sentado casi inmóvil a lo largo de las dos horas y media de reunión, sólo movía los ojos y esbozaba alguna sonrisa cuando el clima emocional lo permitía. Observaba todo y hasta parecía establecer algún diálogo secreto con algunos compañeros, pero si se le hacía una pregunta miraba a la madre y demoraba tanto en contestar las cuestiones más insignificantes que llegaba a resultar irritante para los coordinadores y, tal vez, para el grupo todo.

A lo largo de muchos meses de concurrencia fuimos sabiendo muy poco de él y su madre. La madre contó que ella se había quedado sin trabajo, que paulatinamente se había deteriorado la situación económica y había tenido que ir a vivir a la casa de un hijo de ella que era casado y tenía dos hijos. A pesar de sus escasas descripciones de la situación

en la que vivían, nos pareció posible inferir que estaban en una condición de hacinamiento y suma incomodidad.

El equipo que coordinaba las reuniones multifamiliares ofreció una y otra vez tratamiento individual a Joselo y a su madre. El primer año, comenzó Joselo: concurrió a algunas sesiones, faltó a muchas y, finalmente, se decidió interrumpir el tratamiento. El segundo año, cuando el equipo reiteró la propuesta, ambos aceptaron gustosos, pero, faltaban una y otra vez dando diferentes excusas. De nuevo, su conducta excesivamente pasiva generaba cierta irritación. Frente a la invitación, Joselo mostraba su enorme deseo, pero, en los hechos, los encuentros individuales no llegaban a concretarse porque, aunque él quería, no podía venir, ya que no viaja solo.

Por último, después de varios intentos, un día comenzó el tratamiento individual. Paralelamente una circunstancia poco frecuente permitió que gran parte de dos reuniones multifamiliares fueran destinadas a él y su madre. Esto fue posible porque a esas reuniones concurrieron muy pocos participantes y así, como coordinador, “no tuve más remedio” que ocuparme del silencioso Joselo.

Seguramente a Joselo le debe haber sorprendido mucho que yo le preguntara y creyera más en lo que él decía que en las correcciones de su madre cuando. Pongamos dos ejemplos. Hablábamos de la abuela materna que había muerto hacía cuatro años, y Joselo dijo que era buena. Cuando le pregunté por la otra abuela, dijo que la otra no vivía. La madre lo corrigió y dijo que sí vivía; yo intervine señalando que para él seguramente era como si no la tuviera, porque la otra era la única que le importaba. Un poco después, cuando le pregunté cuántas sesiones de psicoterapia había tenido, él contestó (con monosílabos, como siempre) que había tenido una. La madre lo corrigió diciendo que había tenido dos, y si bien hubiéramos podido “confirmar” con su terapeuta, allí presente, cuántas veces había concurrido, yo le dije a todos los presentes que si él dijo que había tenido una, sería porque solamente una de las sesiones había sido importante para él.⁷

En la reunión siguiente, el grupo comenzó a tratar de demostrar que Joselo podría viajar solo. Nos enteramos ahí de que en esos días la madre se había sorprendido porque Joselo, mientras esperaba en la estación, había sido capaz de ir a ver la planilla del horario de los trenes y encontrar con acierto en la correspondiente a los días sábados —una planilla de coordenadas y casilleros repletos de números nada fácil de interpretar—, la

⁷ En el ateneo posterior a la reunión multifamiliar, la terapeuta confirmó que efectivamente después de una primera sesión en la que había hablado mucho, en la segunda no había querido hablar de nada.

hora precisa en que pasaría el próximo tren. La madre, incrédula, había ido a comprobarlo y al verificar el acierto *comenzó a mirar a Joselo con asombro*.

Todo lo que relato quiere señalar un contexto, crear el clima necesario a fin de transmitirles la extraordinaria sorpresa que me produjo una reacción de Joselo con la cual demostró cuánta viveza, cuánta capacidad, cuánta comprensión, se ocultaban detrás de la extraordinaria inhibición que lo atontaba. Cuando al cierre de la reunión yo realizaba una síntesis final, comencé a aludir metafóricamente a las capacidades latentes de los tres participantes a los que ese día nos habíamos referido y dije algo así como: “Fulano es un tapado porque...”. Y agregué luego: “Joselo también es un tapado...”. Por el contexto se notaba que yo iba a argumentar a favor de que Joselo viajara solo, aun cuando todavía tenía temor de hacerlo. Era un día de invierno; Joselo ya se había levantado y se había puesto su abrigo, y cuando nadie esperaba que él abriera la boca, me interrumpió y, lleno de picardía, agregó: “¿Lo de que soy un tapado lo decís por el buzo?”.

Su chiste produjo una explosión de sorpresa y júbilo en todos los presentes. No era sólo un chiste, estaba lleno de implicancias oportunas: si lo que a él “lo tapaba” era un buzo, entonces yo no me estoy refiriendo a sus potencialidades latentes, o sea, no le estaba diciendo que, más allá de sus miedos, él era capaz de viajar solo... Y si yo no decía nada, él podía seguir protegido por la compañía de su madre, sin enfrentar temores, etcétera, etcétera.

Tuve la impresión de que había asistido a un milagro. Parecía que había resucitado un muerto: alguien que no podía hablar, que no podía pensar, que no podía saber, alguien de quien no se esperaba jamás que fuera capaz de hacer un chiste así, estaba otra vez vivo, allí, ante la sorpresa extraordinaria de todos los presentes. Pero era un milagro: Joselo siempre estuvo allí, agazapado detrás del brillo de sus ojos, a la espera de que desarrollar su capacidad fuera algo querido, esperable, deseado por los demás y no peligroso para la persona a quien él le dedicaba la vida.

Para los que estuvimos allí, fue sorprendente. Para los que lo leen, puede resultar o bien poco creíble, o bien un caso excepcional, y de algún modo tal vez lo sea. Pero los que estamos realizando esta tarea estamos convencidos —y lo observamos una y otra vez— de que *más allá de los límites de cada uno, en los que padecen de discapacidad intelectual suele haber un grado importante de atontamiento, y cuando el contexto de interlocución en el que viven se modifica, cuando encuentran la posibilidad de desplegar sus potencialidades, aparecen capacidades latentes que desmienten muchas de esas limitaciones que parecían insuperables*.

6. Bibliografía

- BARANGER, M, BARANGER, W. y MOM, J. (1987) “El trauma infantil, de nosotros a Freud”, en *Revista de Psicoanálisis*, APA, tomo XLIV, N° 4, Buenos Aires.
- GALLI, Vicente (1983) “Sobre el trabajo del clínico”, en *2º Congreso Metropolitano de Psicología. De la clínica psicoanalítica: espacios y fundamentos*, APdeBA, Buenos Aires.
- GALLI, Vicente (1985) “Sobre el trabajo del clínico”, en *Psicoanálisis hoy*, N° 2, Caracas.
- GALLI, Vicente (2005) “Psicoanálisis-psicoterapias psicoanalíticas. Sobre diferencias de grado y de calidad”, en *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP)*, N° 7/8, Buenos Aires.
- GARCÍA BADARACCO, Jorge (1990) *Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar*, Tecnipublicaciones, Madrid.
- GARCÍA BADARACCO, Jorge (2000) *Psicoanálisis multifamiliar*, Paidós, Buenos Aires.
- GARCÍA BADARACCO, Jorge (2005) *Demonios de la mente. Biografía de una esquizofrenia*, Eudeba, Buenos Aires.
- FREUD, Sigmund (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*, en *Obras completas*, tomo VII, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986.
- FREUD, Sigmund (1926d) *Inhibición, síntoma y angustia*, en *O.C.*, tomo XX, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986.
- MITRE, María Elisa (1998) *Las voces de la locura*, Emecé, Buenos Aires.