

Psicoanalisi Multifamiliare: Una teoria dell'ammalarsi e della cura¹

Domingo Boari² (Buenos Aires, Argentina)

Introduzione

Freud, con la sua teoria, fece una costruzione complessa e vasta simile a un enorme edificio composto da diversi padiglioni, che, come i Musei Vaticani, possono essere visitati seguendo percorsi diversi.

La sua concezione scientifica rivoluzionaria lo costrinse a introdurre una enorme quantità di concetti teorici: inconscio, pulsioni, sessualità infantile, evoluzione della libido, complesso di Edipo, diversi modelli di apparato psichico, narcisismo, pulsione di morte, Super-io, identificazioni, ecc. Inoltre, aggiunse una teoria necessaria per la costruzione di una tecnica terapeutica e di ricerca molto complessa.

Se continuiamo con l'analogia delle costruzioni, è possibile affermare che, senza dubbio, in questo enorme edificio si possono -e si devono- fare riforme ed ampliamenti. In questo senso, la psicoanalisi ha permesso a molti autori, in base ai loro particolari interessi, di aggiungere i loro contributi teorici e tecnici.

Così, García Badaracco, nell'occuparsi della psicosi sia in ambito ospedaliero che privato, ha sviluppato quella che chiama *psicoanalisi multifamiliare*. Si tratta di una nuova concezione, profondamente radicata nel pensiero psicoanalitico freudiano, in cui si fondono, così come in Freud, gli scopi terapeutici e di ricerca. Questa applicazione è emersa come una necessità a partire dai limiti noti della psicoanalisi per la terapia della psicosi.

Le interdipendenze reciproche: una teoria dell'ammalarsi

Il concetto di base di García Badaracco, che unisce l'insieme dei concetti del suo approccio teorico e tecnico ed è la chiave di ciò che potremmo

¹ Questo testo costituisce una sintesi personale, panoramica, condensata e necessariamente incompleta di ciò che è stato decantato in me dal contatto con i testi, gli insegnamenti diretti e l'osservazione del compito clinico del Dott. García Badaracco. Le principali pubblicazioni consultabili sono: García Badaracco (1990, 2000, 2005) e Mitre (1998).

² Società Argentina di Psicoanalisi (SAP) e della Associazione Psicoanalitica Internazionale (IPA). Fondatore e ex presidente del Centro Psicoanalitico di Studio e Assistenza (CPSEA).

considerare la sua *teoria della malattia e della cura*, è quello delle *interdipendenze reciproche*.

Il mondo umano è un mondo di interlocuzione. Sempre più è possibile osservare il grado di interdipendenze in cui tutti e ognuno di noi ci costituiamo come persone.

Quando questo concetto viene approfondito, di per sé semplice ed evidente, si apre una fertile frattura per la ricerca e il lavoro clinico. Fondamentalmente, García Badaracco differenzia due tipi di interdipendenze: quella normogenica e quella che fa impazzire o ammalare.

È nell'ambito delle interdipendenze nel quale si vanno costituendo le identificazioni che configurano l'identità; da lì, ciò che è stato sperimentato nelle interdipendenze creative rimane all'interno di ognuno come identificazione, come esperienza che contribuisce allo sviluppo, all'arricchimento dell'io. L'insieme di capacità -effettive o potenziali- costituisce ciò che García Badaracco chiama "risorse genuine dell'io".

Al contrario, le esperienze vissute nelle interdipendenze reciproche patologiche e traumatiche si preservano come esperienze che hanno il potere di far ammalare e di conseguenza sono le identificazioni malate che conformano la follia.

Questi legami psicotizzanti impediscono lo sviluppo di *risorse genuine*, che all'interno di *trame di interdipendenze* malate, generano relazioni fisse e disalienanti che ostacolano i nuovi legami (vincoli). In altre parole, queste reciproche interdipendenze sono circoli viziosi che generano una maggiore dipendenza. Non è che la dipendenza stessa sia qualcosa di negativo; il negativo sta nella *fissità e nell'esclusività* di queste interdipendenze che generano legami perversi³.

Molte volte, il nucleo di queste trame è formato da una diade fissa, in cui prevale una relazione padrone-schiavo o una relazione sado-masochista.

García Badaracco descrive un oggetto specifico, notoriamente visibile nelle situazioni più tipiche, che descrive come un *oggetto che fa impazzire*⁴.

³ Come ricorderà il lettore, Freud (1905a) considerava che le caratteristiche determinanti della perversione erano la fissità e la esclusività.

⁴ Forse qui è inevitabile esaminare le condizioni metapsicologiche di questo *oggetto*. Comprendo che questo concetto dovrebbe essere lasciato nell'ambiguità, perché permetta interpretazioni diverse a seconda del contesto o delle circostanze. In effetti, in alcuni casi, si parla di un oggetto che fa impazzire che si riferisce a una persona concreta nella vita reale che esercita su un'altra una forte influenza patologica. In altri, viene fatto riferimento a un oggetto interiorizzato,

Secondo questa visione, la malattia mentale è in larga misura, il risultato dell'esistenza di presenze che fanno ammalare o impazzire, perché hanno impedito lo sviluppo di *genuine risorse egoiche* e il dispiegamento del *sé-stesso vero*, che condizionano una disabilità relativa nell'affrontare la vita. García Badaracco attribuisce così tanto significato alle interdipendenze nella genesi della psicosi che, nel suo modo di pensare, *non esiste la psicosi fuori da queste interdipendenze*. Vale a dire che non esiste come forma indipendente e ontologicamente riconoscibile. La psicosi esiste fintanto che viene creata e sostenuta da una *trama malata e che fa ammalare* se ripetuta, generando e mantenendo la follia con l'intenzione di ottenere un beneficio, generalmente più supposto che reale.

La follia è quindi una creazione collettiva alla quale partecipano *sia l'oggetto che fa impazzire che il pazzo stesso*. Naturalmente, se questi legami vengono creati e mantenuti (di solito per tutta la vita), è perché attraverso di essi si cerca di *evitare una serie di esperienze molto dolorose: l'impotenza, la mancanza di protezione, l'insicurezza, l'inermità ...*

Da questa prospettiva, ancora una volta diventa evidente ciò che la psicoanalisi ha mostrato dalle sue origini: le diverse patologie hanno un significato profondo: sono forme -povere, sbagliate, non riuscite- di cercare benefici vitali vissuti come imprescindibili.

Se la trama, se l'ordito di interdipendenze patogene è disarmato, la follia smette di esistere *ipso facto*. È come se su un palcoscenico immaginario si proiettassero fasce di luce che, nella loro struttura complessa e artistica, producono l'illusione di un materiale reale esistente sul palco. Pertanto, il *pazzo* è il prodotto della creazione di *una trama* di relazioni in cui egli stesso è intrappolato. Se spegnessimo le luci immaginarie della nostra analogia, l'oggetto prodotto di queste proiezioni scomparirebbe, allo stesso modo, se fossimo in grado di annullare le trame che fanno ammalare, la follia scomparirebbe e il

che non richiede più la presenza di qualcuno in carne e ossa per causare gli effetti che fanno ammalare. In questo caso, l'oggetto interno può operare in due modi chiaramente differenziabili: 1) come una identificazione nel super-io, in modo che il soggetto continua ad agire, ad esempio con sottomissione e paura, come se l'oggetto fosse presente; e 2) come una identificazione totale o parziale nell'io, in modo che il soggetto agisca come lo faceva l'oggetto. Queste diverse forme di interiorizzazione dell'oggetto le descrive García Badaracco, come "*presenze*" di quei personaggi nella nostra vita o come "*gli altri in noi*".

cosiddetto "pazzo" avrebbe l'opportunità di sviluppare il suo *vero se-stesso*, il suo potenziale sano⁵.

L'ordito delle interdipendenze che danno origine alla psicosi si intrecciano con un tale grado di fissità ed esclusività che possono essere chiamate "trame mafiose". In effetti, i patti sono difficili da disarmare e chiunque provi a farlo - dall'esterno, come nel caso del terapeuta, o dall'interno, come nel caso del paziente- diventa il bersaglio di ogni tipo di accusa, aggressione e minaccia.

Succede, come abbiamo detto, che *la trama* è al servizio di tali bisogni primari e disfarla rivela una paura, un tale dolore che nel tentativo di evitare questi sentimenti, si mette in moto una violenza, da sorprende anche quando "ci si aspettava" che sarebbe successo.

Chi fa parte della trama mafiosa e patogena non è lì per una libera decisione. Essi sono vittime di un sistema che li ha inclusi senza consultarli e questa situazione impedisce a loro la possibilità di potersene andare. È altrettanto vero che una volta dentro, uscire equivale anche a qualcosa di simile alla morte. Anche il pazzo, che alla fine sembra essere la vittima dell'intera situazione, osa liberarsi facilmente da tale sottomissione. Per *de-identificarsi* e lasciarsi alle spalle la follia, è necessario vivere un vissuto di vuoto. Tale esperienza così dolorosa è facile da osservare nella psicoanalisi e viene chiamata una *reazione terapeutica negativa*.

Questa idea della psicosi può essere considerata una concezione traumatica. Se immaginiamo un segmento "AB" e collochiamo all'estremo di "A", le posizioni che considerano la malattia come una difficoltà dell'io a elaborare le pulsioni e, dall'altra parte "B", quelle che sottolineano il ruolo del trauma esterno, possiamo affermare che la concezione di García Badaracco sarebbe senza dubbio vicina a questo secondo punto.

Questa non è, tuttavia, una teoria traumatica che sottolinea il trauma unico e puntuale che produce effrazione e inondazioni. Neppure può essere considerata come la teoria del trauma a due tempi, in cui il fenomeno *a posteriori* diventa importante. Essa non corrisponde neanche al concetto di "esperienza

⁵ Queste affermazioni semplici possono far pensare che sia facile disarmare le trame che fanno impazzire, e allora, nel verificarsi delle difficoltà, si può cadere nella convinzione che le idee di García Badaracco non siano vere. Così facendo non si tiene conto della straordinaria difficoltà che implica l'annullare le reti patogene. Sono trame che si consolidano nel corso delle generazioni e lasciano danni quasi irreversibili, che persistono anche quando la persona che ha "incarnato" l'oggetto che fa impazzire, non è più fisicamente presente.

traumatica attuale" che nella concezione delle serie complementari costituisce il fattore scatenante che fa traboccare il vaso.

García Badaracco utilizza piuttosto il concetto di *situazione traumatica*, che teorizzano M. e W. Baranger e J. Mom (1987), basandosi sullo scritto *Inibizione, sintomo e angoscia* di Freud (1926d). La *situazione traumatica* di base descritta da Freud è un vissuto dell'impotenza, un'esperienza precoce e universale che determina il destino dell'umanità. A seconda di come viene transitato, esso determina il destino particolare di ogni uomo. L'altro vissuto simile all'impotenza è quella dell'angoscia. Quest'ultima prefigura il pericolo e attiva l'utilizzo di varie risorse più o meno efficaci, per affrontare l'esperienza dell'impotenza.

Negli sviluppi di García Badaracco possiamo vedere due approcci o due conseguenze del trauma causato dal vissuto di impotenza e dall'angoscia di fronte alla minaccia della ripetizione di questo vissuto⁶ (angoscia sperimentata più come una catastrofe che come un segnale).

In primo luogo, il paziente psicotico è soggetto a traumi continui e permanenti. La sottomissione alla trama dell'interdipendenza è stata accettata da lui per evitare l'esperienza dell'impotenza. In questo senso, il paziente è vittima di un oggetto che, invece di aiutare il bambino indifeso a transitare l'esperienza della debolezza, lo minaccia di abbandonarlo, lasciandolo nuovamente esposto alla temuta impotenza. Pertanto, il paziente rimane fissato o al terrore causato dalla possibile totale impotenza o alla sottomissione ai capricci *dell'oggetto che fa impazzire*, perché gli offre una precaria e illusoria protezione.

In secondo luogo, quando la trama viene analizzata in tutte le sue dimensioni, si osserva che anche l'oggetto che fa impazzire, cioè il carnefice manifesto è debole e indifeso. Giustamente, costruisce attivamente l'ordito per evitare questi sentimenti. In apparenza, lo fa per offrire protezione o sicurezza all'oggetto che dipende da esso; tuttavia, è chiaro che *l'oggetto che fa impazzire* resiste ai cambiamenti nelle interdipendenze che ha generato in modo da non essere inondato dai sentimenti dolorosi che ha proiettato.

Gruppi di psicoanalisi multifamiliare: una teoria della cura

⁶ *Inermità in spagnolo.*

García Badaracco afferma che l'esperienza clinica di molti anni lo ha portato alla convinzione che, indipendentemente da quanto sia malata una persona, esiste sempre una virtualità sana e potenziale, dalla quale è possibile ottenere un *ri-sviluppo* che porta alla salute.

Considera che il modo migliore per disarmare, disfare, levare il tessuto, le trame patologiche che fanno impazzire si verificano nel contesto che definisce "comunità terapeutica con struttura multifamiliare".

Si tratta di gruppi di psicoterapia aperti, a cui partecipano il paziente e la sua famiglia, nel contesto di un setting ampio e rilassato (se consideriamo i criteri a cui siamo abituati). È quindi possibile che la famiglia non partecipi nella sua interezza, o che solo uno dei suoi membri lo faccia. Può anche succedere che gli stessi "malati" si rifiutino di partecipare e quando però osservano i cambiamenti che si verificano nel resto dei membri della famiglia, man mano che la trama che li ha tenuti prigionieri si va sciogliendo, finiscono per avvicinarsi e portare nuovi stimoli che producono ulteriori cambiamenti.

Il modo più comune di lavorare è tenere una riunione settimanale; il numero di pazienti può essere piuttosto numeroso. Sebbene non sia imprescindibile, è molto consigliabile che oltre al coordinatore vi siano altri terapeuti o co-terapeuti. Ciò favorisce il fatto che i transfert molto intensi -come si verificano in casi gravi- sono distribuiti tra molti di essi. Ciò riduce il rischio di enormi controidentificazioni massive che renderebbero impossibile il lavoro.

Esistono molti *principi tecnici* che consentono il successo di questa psicoterapia psicoanalitica: rispetto dell'ascolto, legittimazione del sintomo come modo di esprimere qualcosa altrimenti indicibile, ricerca dell'autenticità (favorita dalla presenza del gruppo, che rileva le menzogne e pieghe), l'importanza di comprendere il vissuto evitando tutte le forme di intellettualizzazione, ecc. Ma ciò che conta in questo momento è sottolineare che, in questa *teoria di ammalarsi e della cura, la cura avviene come un'aggiunta*, quando viene disfatta la trama che fa ammalare e che mantiene i suoi membri legati in interdipendenze patologiche chiuse.

La presenza di altre persone con problemi *simili e diversi*, più gravi e meno gravi; la possibilità di osservare dall'esterno altre trame che, poiché non appartengono a loro, sono evidenziate come che fanno impazzire; l'osservazione, in altri gruppi familiari, di trasformazioni che sembravano

impossibili; il fatto di vedere negli altri le incredibili resistenze che si oppongono ai cambiamenti benefici, sono alcuni dei motivi che consentono a questi incontri di grandi gruppi di contribuire a rendere coscienti le trame psicotizzanti.

Anche se per partecipare alle riunioni multifamiliari descritte, non è una condizione necessaria essere in psicoterapia individuale, la psicoterapia psicoanalitica e la psicoanalisi multifamiliare si completano a vicenda. Entrambi si arricchiscono reciprocamente e in questi casi si osservano i migliori risultati.

Vale anche la pena osservare, come sempre accade nella psicoanalisi, che il campo di lavoro clinico è anche il campo migliore per la ricerca. In questo senso, l'ambito *dei gruppi di psicoanalisi multifamiliare* è quello che produce i migliori risultati per l'osservazione e l'indagine delle interdipendenze.

Resoconto dell'inizio di un'esperienza

Come coordinatore del Centro Psicoanalitico di Studio e Assistenza (CPSEA), fondato nel giugno 2004, in diverse occasioni mi è stato richiesto di occuparmi di pazienti con sindrome di Down, provenienti da una scuola comunale. Con lo scopo esplicito di condurre un'esperienza pilota, nell'aprile 2005 due studenti del nostro Istituto di Formazione hanno iniziato a frequentare due di questi pazienti. Quasi immediatamente è nata anche la necessità di lavorare con i genitori. Insieme ad alcuni colleghi della CPSEA, ci è sembrato che il modo più conveniente e possibile fosse quello di utilizzare il metodo proposto da García Badaracco per il trattamento della psicosi, e con tale scopo, alla fine di quel mese di aprile, abbiamo avviato un gruppo di psicoanalisi multifamiliare coordinato da Olga Inés Pon e me.

Nel novembre 2005, una ventina di pazienti hanno partecipato a una sessione di psicoanalisi multifamiliare, corrispondente a circa sei famiglie. Quasi tutti hanno avuto un bambino con un certo grado di disabilità intellettiva di diverse eziologie (genetiche, tossiche, neurologiche, ecc.).

La cura individuale dei pazienti con sindrome di Down è stata intrapresa con la seguente idea: se, come pensa Freud, le difese dell'individuo tendono ad evitare lo sviluppo di un affetto penoso, chi soffre di qualche tipo di disabilità intellettuale è in grado di ricorrere a diverse difese per non soffrire, e forse è in

grado di riconoscere i sentimenti dolorosi che cerca di nascondere a se stesso (gelosia, rabbia, paura, ecc.).

Per lavorare con le famiglie, tuttavia, partiamo dalla seguente ipotesi: è possibile scoprire trame familiari specifiche che favoriscono la fissazione di diverse forme di disabilità intellettiva, dando origine a una dipendenza infantile permanente, maggiore di quella strettamente necessaria.

Questa ipotesi ci ha permesso di intraprendere l'esperienza di applicare la *psicoanalisi multifamiliare* alle famiglie in cui la patologia più ovvia era un membro con disabilità intellettiva. È possibile immaginare che, al di là delle cause attendibili verificabili (ad esempio, quelle genetiche), la disabilità stessa possa essere generata e mantenuta da una *trama di interdipendenze* patogene reciproche⁷. Senza discutere i limiti sui quali si parte, date le basi organiche di molte disabilità intellettive, assumiamo che queste trame impediscano lo sviluppo di tutto il potenziale intellettuale e affettivo, che rimane, quindi, come risorsa senza dispiegarsi.

Se la follia si manifesta come un disturbo del pensiero che allontana il paziente dalla realtà, la disabilità intellettuale può essere descritta come un deficit del pensiero che si allontana e rende difficile affrontare la realtà. In entrambi i casi il paziente dipende, in varia misura, da terzi, generalmente membri della famiglia. Nelle diverse forme di disabilità intellettiva, la dipendenza sorge a causa dell'imperativo bisogno che qualcuno riempia la distanza tra "il poco" che il disabile intellettuale conosce e ciò che è necessario per affrontare la vita in modo soddisfacente. Pertanto, la disabilità intellettuale *costituisce un motivo di dipendenza per la vita* - e più è grave, più diventa evidente quest'ultima-.

Sulla base di queste idee abbiamo intrapreso il compito. Ma l'inizio di questa esperienza dopo aver lavorato per più di 25 anni come psicoanalista "classico" sembra implicare uno spostamento degli aspetti teorici e tecnici che meritano alcuni commenti.

La *teoria delle reciproche interdipendenze* ha significato per me un'apertura e un arricchimento che non ha generato conflitti perché l'ho sentito naturalmente in linea con la mia precedente formazione.

⁷ In questo caso dovremmo chiamarle interdipendenze "incapacitanti", "ritardanti" o "che imbottiscono".

Non è stato facile per me, invece, diventare un terapeuta coordinatore per un gruppo di psicoanalisi multifamiliare. Ma l'esperienza mi ha offerto una prospettiva più che interessante.

Dopo un po' che avevo iniziato, cominciai a comprendere, perché la psicoterapia multifamiliare poteva essere profondamente psicoanalitica. Mi è successo che durante le sedute e nella successiva discussione clinica, poiché era una nuova esperienza per me, dovevo necessariamente prendere coscienza di ciò che stavo facendo. Allora mi è diventato chiaro che "lo psicoanalitico" stava principalmente nel *setting interno*⁸. Viste "dall'esterno", le sedute potrebbero non sembrare psicoanalitiche; ma "dall'interno", nel giustificare ogni intervento o il significato di ogni domanda, ecc. -al di là del *setting esterno*, così diverso dal "classico"-, le fondamenta erano esclusivamente psicoanalitiche.

Il secondo commento si riferisce a una seduta in cui mi sono sentito particolarmente disorientato e nella quale ho potuto verificare che in questi incontri multifamiliari, come nelle sedute di psicoanalisi "classico", la migliore risorsa è l'attenzione fluttuante. Fiducioso che la comprensione sarebbe arrivata, è successo che l'intervento di un ragazzo di undici anni (con disturbi, ma particolarmente percettivo) mi aveva offerto la chiave per capire cosa è rimasto rimosso. L'intervento del ragazzo è stato formulato in qualche modo in processo primario e non sembrava riferirsi a ciò che accadeva al gruppo nel suo insieme. Tuttavia, "tradotto" in una lingua secondaria, è stato possibile uscire dalla confusione. Questo fu un esempio particolarmente chiaro di ciò che Galli (1983, 1985) chiama *il lavoro del clinico*, un "lavoro" simile a quello svolto dall'apparato psichico come lavoro del sogno, lavoro della comicità o del lutto, che sintetizza elaborazioni cosce e inconscie con ciò che proviene da fonti diverse.

L'attesa silenziosa di José Luis

Joselo, un ragazzo di ventiquattro anni, ha iniziato a frequentare le riunioni multifamiliari con sua madre nei primi mesi del 2006. La diagnosi di Joselo inviata dalla scuola diceva che si trattava di un disturbo dello sviluppo senza componenti organiche dimostrabili. Naturalmente, molti di coloro che vi partecipavano, o

⁸ Utilizzo il concetto nel senso che dà V. Galli (2005) in "Psicoanálisis-psicoterapias psicoanalíticas. Sobre diferencias de grado y de cualidad".

quasi tutti, non sapevano leggere o scrivere; nel migliore dei casi, alcuni sono arrivati a sviluppare un mestiere che permettesse a loro di svolgere tirocini temporanei e persino di lavorare e guadagnarsi da vivere.

Joselo e sua madre erano molto silenziosi. Parlavano solo se gli veniva chiesto e rispondevano solo a monosillabi. Joselo, seduto quasi immobile durante le due ore e mezza dell'incontro, solo moveva gli occhi e abbozzava un sorriso quando il clima emotivo lo consentiva. Guardava tutto e sembrava persino di stabilire un dialogo segreto con alcuni compagni, ma se gli veniva posta una domanda, guardava la madre e impiegava così tanto tempo a rispondere alle domande più insignificanti che diventava irritante per i coordinatori e, forse, per l'intero gruppo.

Durante molti mesi di frequentazione, sapevamo molto poco di lui e di sua madre. Quest'ultima disse che aveva perso il lavoro, inoltre, la situazione economica si era progressivamente deteriorata e per questo motivo fu costretta a vivere nella casa di un figlio sposato con due figli. Nonostante le loro poche descrizioni della situazione in cui vivevano, abbiamo compreso che si trovavano in una condizione di sovraffollamento e di grave disagio.

Il gruppo di lavoro che ha coordinato gli incontri multifamiliari ha offerto a Joselo e sua madre una terapia individuale più e più volte. Il primo anno iniziò Joselo, il quale partecipò ad alcune sedute, ma a causa delle sue continue assenze, infine, si decise di interrompere la terapia. Il secondo anno, quando il gruppo di lavoro decise di ripresentare la proposta di terapia individuale, all'inizio sia Joselo che sua madre hanno accettato volentieri, ma successivamente incominciarono a fare delle assenze alle sedute avanzando delle scuse. Un'altra volta, il suo comportamento eccessivamente passivo ha generato una certa irritazione. Di fronte all'invito, Joselo ha mostrato il suo enorme desiderio, ma in concreto, i singoli incontri non sono stati realizzati, perché anche se voleva, non poteva venire, dal momento che non viaggiava da solo.

Alla fine, dopo diversi tentativi, un giorno Joselo incominciò la terapia individuale. Allo stesso tempo, una rara circostanza aveva permesso che gran parte di due riunioni multifamiliari fossero dedicate a lui e sua madre. Ciò è stato possibile, perché a questi incontri vi erano pochi partecipanti e quindi, come coordinatore, "non avevo altre alternative" se non occuparmi del silenzioso Joselo.

Sicuramente Joselo deve essere stato molto sorpreso dalle mie domande e dal fatto di avergli creduto più delle correzioni di sua madre. Illustro due esempi. Stavamo parlando della nonna materna che era morta quattro anni fa e Joselo disse che era buona. Quando ho chiesto dell'altra nonna, lui ha risposto che l'altra era defunta. La madre lo ha corretto dicendo che in realtà era viva. Io sono intervenuto sottolineando che sicuramente era come se non ce l'avesse, perché l'altra nonna era l'unica che contava per lui. Un po' più tardi, quando gli ho chiesto quante sedute di psicoterapia avesse fatto, Joselo ha risposto (a monosillabi, come sempre) di averne avuta una. La madre lo ha corretto dicendo che ne aveva avute due, e sebbene potevamo "confermare" con il suo terapeuta lì presente, ho detto a tutti i partecipanti che se ha risposto di averne avuta una è perché, solo quella seduta era stata importante per lui⁹.

Nell'incontro successivo, il gruppo tentò di dimostrare che Joselo poteva viaggiare da solo. Lì apprendemmo che in quei giorni la madre era stata sorpresa perché Joselo, mentre aspettava alla stazione, era stato in grado di andare a vedere l'orario dei treni e trovare sia quello giusto per sabato che l'ora precisa del prossimo treno (in un modulo di coordinate e caselle pieni di numeri non facili da interpretare). La madre incredula era andata a controllarlo e verificando il successo, *iniziò a guardare Joselo con stupore*.

Tutta questa narrazione vuole sottolineare un contesto, una atmosfera che possa trasmettere la straordinaria sorpresa che ha prodotto in noi la reazione di Joselo. Lui è riuscito a dimostrare vivacità, capacità e comprensione che erano nascoste dietro la sua grande inibizione che lo stordiva. Quando stavo concludendo l'incontro, nella sintesi finale, ho iniziato ad alludere metaforicamente alle capacità latenti dei tre partecipanti a cui avevamo fatto riferimento quel giorno e dissi: *Tizio è nascosto (tapado in spagnolo) perché ... e poi aggiunsi: Anche Joselo è nascosto (tapado) perché....* E quando nessuno si aspettava che aprisse bocca, mi interruppe e, pieno di ironia aggiunse: *Questo riferimento che sono nascosto¹⁰ (tapado), lo dici per il cappotto (tapado)?*

Il gruppo ha notato che avrei discusso a favore di Joselo che viaggiava da solo, anche se aveva ancora paura di farlo.

⁹ Nell'ateneo successivo alla riunione multifamiliare, la terapeuta confermò che effettivamente dopo una prima seduta nella quale aveva parlato molto, nella seconda non aveva voluto parlare per niente.

¹⁰ *Tapado*: in Argentina si usa come linguaggio colloquiale per descrivere una persona che non si mostra (per questo abbiamo scelto la parola *nascosto*) e all'improvviso si scopre che è molto bravo. Un altro significato di *tapado* è cappotto. Il paziente in questa situazione gioca con il doppio senso della parola.

La sua battuta ha prodotto un'esplosione di sorpresa e gioia in tutti i presenti. Non era solo uno scherzo, era pieno di implicazioni opportune: se ciò che "lo copriva" fosse stato soltanto un cappotto, allora non mi sarei riferito alle sue potenzialità latenti, che "al di là delle sue paure era in grado di viaggiare da solo". Se non avessi fatto questo intervento, Joselo avrebbe continuato a essere protetto dalla compagnia di sua madre, senza affrontare le sue paure.

Ho avuto l'impressione di aver assistito a un miracolo. Sembrava che fosse resuscitato un morto: qualcuno che non sapeva parlare, che non poteva pensare e che non poteva sapere. Lui non si sarebbe mai aspettato di poter fare uno scherzo del genere. Joselo era di nuovo vivo, con straordinaria sorpresa di tutti i presenti. Era un miracolo: Joselo era sempre lì, accovacciato dietro il luccichio dei suoi occhi, nella speranza di sviluppare le sue capacità come qualcosa di caro, previsto, desiderato dagli altri e non pericoloso per la persona a cui dedicava la sua vita, cioè la madre.

Per noi, è stato sorprendente. Per coloro che lo leggono, può essere incredibile o un caso eccezionale, e in qualche modo forse lo è. Ma per noi che stiamo svolgendo questo compito siamo convinti -e spesso lo osserviamo- *che oltre i limiti di ciascuno, in coloro che soffrono di disabilità intellettiva, di solito c'è un grado significativo di stordimento e quando il contesto di interlocazione dove vivono si modifica o quando trovano la possibilità di mostrare le loro potenzialità, appaiono capacità latenti che negano molte di quelle limitazioni che sembravano insormontabili.*

Riassunto:

L'autore comincia spiegando le basi del pensiero di Jorge García Badaracco che ha introdotto la *terapia multifamiliare*. Si tratta di una nuova concezione, profondamente radicata nel pensiero psicoanalitico freudiano, in cui si fondono, così come in Freud, gli scopi terapeutici e di ricerca. Questa applicazione è emersa come una necessità a partire dai limiti noti della psicoanalisi per la terapia della psicosi. Badaracco descrive un oggetto specifico, notoriamente visibile nelle situazioni più tipiche, che ha definito un *oggetto che fa impazzire*. Badaracco attribuisce così tanto significato alle interdipendenze nella genesi della psicosi che, nel suo modo di pensare, *fuori da queste interdipendenze non esiste la psicosi*.

La follia è quindi una creazione collettiva alla quale partecipano *sia l'oggetto che fa impazzire che il pazzo stesso*. Naturalmente, se questi legami vengono creati e mantenuti (di solito per tutta la

vita), è perché attraverso di essi si cerca di *evitare una serie di esperienze molto dolorose: l'impotenza, la mancanza di protezione, l'insicurezza, l'inermità ...*

Da questa prospettiva, ancora una volta diventa evidente ciò che la psicoanalisi ha mostrato dalle sue origini: le diverse patologie hanno un significato profondo: sono forme - povere, sbagliate, non riuscite - di cercare benefici vitali vissuti come imprescindibili.

L'oggetto prodotto di queste proiezioni scomparirebbe, se fossimo in grado di annullare le trame che fanno ammalare, la follia scomparirebbe e il cosiddetto "pazzo" avrebbe l'opportunità di sviluppare il suo vero se-stesso, il suo potenziale sano. L'ordito delle interdipendenze che danno origine alla psicosi si collegano con un tale grado di fissità ed esclusività che possono essere chiamate con il giusto diritto "trame mafiose". Succede che la trama è al servizio di tali bisogni primari e disfare la sua trama rivela una paura e un dolore estremamente intenso. Per *de-identificarsi* e lasciarsi alle spalle la follia, è necessario vivere un vissuto di vuoto così doloroso come la *reazione terapeutica negativa*. Negli sviluppi di García Badaracco possiamo vedere due approcci o due conseguenze del trauma causato dal vissuto di impotenza e dall'angoscia di fronte alla minaccia della ripetizione dell'impotenza (inermità - angoscia vissuta più come una catastrofe che come un segnale).

Il modo migliore per disarmare, disfare, levare il tessuto, le trame patogene che fanno impazzire è nel contesto di quella che ha chiamato "comunità terapeutica con struttura multifamiliare". La presenza di altre persone con problemi *simili e diversi*, più gravi e meno gravi; la possibilità di osservare dall'esterno altre trame che, poiché non appartengono a loro, sono evidenziate come che fanno impazzire; l'osservazione, in altri gruppi familiari, di trasformazioni che sembravano impossibili; il fatto di vedere negli altri le incredibili resistenze che si oppongono ai cambiamenti benefici, sono alcuni dei motivi che consentono a questi incontri di grandi gruppi di contribuire a rendere coscienti le trame psicotizzanti. Il caso Joselo, ci fa capire il lavoro clinico svolto tramite la terapia multifamiliare.

Resumen:

El autor comienza explicando los fundamentos del pensamiento de Jorge García Badaracco que introdujo la terapia multifamiliar. Se trata de una nueva concepción, profundamente arraigada en el pensamiento psicoanalítico freudiano, en la que se basan los propósitos terapéuticos y de investigación, como hacía Freud. Esta técnica surge como una necesidad a partir de las conocidas limitaciones del psicoanálisis en la terapia de la psicosis. Badaracco describe un objeto específico, evidente en las situaciones típicas, que definió como un *objeto enloquecedor*. Badaracco da particular importancia a las interdependencias en la génesis de la psicosis que, según piensa el autor, *no hay psicosis fuera de dichas interdependencias*.

La locura es, por lo tanto, una creación colectiva en la cual participan tanto el *objeto enloquecedor* como el propio *loco*. Por supuesto, si estos vínculos se crean y mantienen (generalmente de por vida), es porque a través de ellos se intenta evitar una serie de experiencias muy dolorosas: *desamparo, desprotección, inseguridad, inermidad. ...*

Desde esta perspectiva, una vez más se hace evidente lo que el psicoanálisis ha mostrado desde sus orígenes: las diversas patologías tienen un significado profundo: son formas -pobres, equivocadas, infructuosas- de buscar beneficios vitales vividos como esenciales.

El producto objeto de estas proyecciones desaparecería, si pudiéramos deshacer las tramas que nos enferman, la locura desaparecería y el llamado "loco" tendría la oportunidad de desarrollar su verdadero yo, su potencial sano. Las distorsiones propias de las interdependencias dan lugar a la psicosis, las cuales están relacionadas con una fijeza fuerte y con su exclusividad que, con razón, pueden llamarse "trama mafiosos". Sucede que la trama está al servicio de esas necesidades primarias y la desentrañar, revelando un miedo y un dolor sumamente intensos. Para desidentificar y dejar atrás la locura, es necesario experimentar un vacío tan doloroso como la reacción terapéutica negativa. En los desarrollos de García Badaracco podemos ver dos enfoques o dos consecuencias del trauma que provoca la experiencia de *desamparo* y la *ansiedad* ante la amenaza de repetición de dicho desamparo (desamparo - ansiedad vivida más como catástrofe que como señal).

La mejor manera de desarmar, deshacer, remover el tejido y los patrones patógenos enloquecen en el contexto de lo que él llamó "comunidad terapéutica con estructura multifamiliar". La presencia de otras personas con problemas similares y diferentes, más graves y menos graves; la posibilidad de observar desde el exterior otras modalidades que, al no pertenecerles, se destacan como enloquecedoras permiten la observación, en otros grupos familiares, de transformaciones que parecían imposibles. Ver en otros las increíbles resistencias que se

oponen a los cambios beneficiosos son algunas de las razones que permiten que estas grandes reuniones de grupo ayuden a hacer conscientes las tramas psicóticas. El caso Joselo nos hace comprender el trabajo clínico realizado a través de la terapia multifamiliar.

Abstract:

The author begins by explaining the foundations of the ideas of Jorge García Badaracco who introduced *multifamily therapy*. This is a new conception, deeply rooted in Freudian psychoanalytic thought, in which, as in Freud, therapeutic and research purposes emerge. This application comes out as a necessary starting from the well-known limitations of psychoanalysis in therapy of psychosis. Badaracco describes a specific object, notoriously visible in the most typical situations, which he defined as an *object that drives mad*. Badaracco attributes so much significance to interdependencies in the genesis of psychosis that, in his way of thinking, *there is no psychosis outside of these interdependencies*.

Madness is therefore a collective creation in which both the *maddening object* and the *madman* himself participate. Of course, if these bonds are created and maintained (usually for life), it is because they try to avoid a series of very painful experiences: helplessness, lack of protection, insecurity. ...

From this perspective, once again what psychoanalysis has shown from its origins becomes evident: the various pathologies have a profound meaning: they are forms - poor, wrong, unsuccessful - of seeking vital benefits experienced as essential.

The object produced by these projections would disappear, if we were able to undo the tissue that makes sick, the madness would disappear and the so-called "madman" would have the opportunity to develop his true self, his healthy potential. The warp of interdependencies that give rise to psychosis relate to fixity and exclusivity that can rightly be called "mafia tissue". It happens that that tissue is at the service of basic needs and unravelling these tissue reveals extremely intense fear and pain. To de-identify and leave madness behind, it is necessary to experience void as painful as the negative therapeutic reaction. In García Badaracco's developments we can see two approaches, or two consequences of the trauma caused by the experience of impotence and anxiety because of the threat of repetition, of helplessness (helplessness - anxiety experienced more as a catastrophe than as a signal).

The best way to disarm, undo, remove the tissue, the pathogenic patterns that drive mad is in the context of what he called "therapeutic community with a multifamily structure". The presence of other people with similar and different problems, more serious and less serious; the possibility of observing from the outside other tissues which, since they do not belong to them, are highlighted as maddening; the observation, in other family groups, of transformations that seemed impossible; seeing in others the incredible resistances that oppose beneficial changes are some of the reasons that allow these large group meetings to get psychotic tissues conscious. The Joselo case makes us understand the clinical work done throughout multifamily therapy.

Resumé:

L'auteur commence par expliquer les fondements de la pensée de Jorge García Badaracco qui a introduit la thérapie multifamiliale. Il s'agit d'une nouvelle conception, profondément enracinée dans la pensée psychanalytique freudienne, dans laquelle, comme chez Freud, les finalités thérapeutiques et de recherche se confondent. Cette application est apparue comme une nécessité à partir des limites connues de la psychanalyse pour la thérapie de la psychose. Badaracco décrit un objet spécifique, notoirement visible dans les situations les plus typiques, qu'il définit comme un *objet qui rend fou*. Badaracco attribue tant d'importance aux interdépendances dans la genèse de la psychose que, dans sa pensée, *en dehors de ces interdépendances, il n'y a pas de psychose*.

La folie est donc une création collective à laquelle participent à la fois *l'objet affolant* et le *fou* lui-même. Bien sûr, si ces liens se créent et se maintiennent (généralement pour la vie), c'est parce qu'à travers eux on essaie d'éviter une série d'expériences très douloureuses: impuissance, manque de protection, insécurité ...

De ce point de vue, ce que la psychanalyse a montré une fois de plus dès ses origines devient évident: les diverses pathologies ont un sens profond: ce sont des formes - pauvres, fausses, infructueuses - de recherche de bénéfices vitaux éprouvés comme essentiels.

L'objet produit par ces projections disparaîtrait, si on pouvait défaire les intrigues qui rendent malade, la folie disparaîtrait et le soi-disant «fou» aurait l'opportunité de développer son vrai moi, son potentiel sain. La chaîne d'interdépendances qui donne lieu à la psychose est liée à un tel degré de fixité et d'exclusivité qu'on peut à juste titre les qualifier de «tissue mafieux». Il arrive

que l'intrigue soit au service de ces besoins primaires et démêlant son intrigue révèle une peur et une douleur extrêmement intenses. Pour désidentifier et sortir de la folie, il est nécessaire d'éprouver un vide aussi douloureux que la réaction thérapeutique négative. Dans les développements de García Badaracco, nous pouvons voir deux approches ou deux conséquences du traumatisme causé par l'expérience de l'impuissance et de l'anxiété face à la menace de répétition de l'impuissance (impuissance - anxiété vécue plus comme une catastrophe que comme un signal).

La meilleure façon de désarmer, défaire, éliminer les tissus, les schémas pathogènes qui rendent fou, est dans le contexte de ce qu'il a appelé « une communauté thérapeutique à structure multifamiliale ». La présence d'autres personnes ayant des problèmes similaires et différents, plus graves et moins graves; la possibilité d'observer de l'extérieur d'autres parcelles qui, puisqu'elles ne leur appartiennent pas, sont mises en évidence comme exaspérantes; l'observation, dans d'autres groupes familiaux, de transformations qui paraissaient impossibles; voir chez d'autres les incroyables résistances qui s'opposent aux changements bénéfiques sont quelques-unes des raisons qui permettent à ces réunions en grand groupe d'aider à rendre conscientes les intrigues psychotiques. Le cas Joselo nous fait comprendre le travail clinique effectué par la thérapie multifamiliale.

Parole chiavi

: Multifamiliare – Identità – Identificazione – Psicosi – Oggetto che fa impazzire

Bibliografía:

Baranger, M, Baranger, W. e Mom, J. (1987) "Il trauma infantile dai giorni nostri a Freud", In *Situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990, (pp. 157-186).

Galli, V.: (1983) "Sobre el trabajo del clínico", en *2º Congreso Metropolitano de Psicología. De la clínica psicoanalítica: espacios y fundamentos*, APdeBA, Buenos Aires (1983).

Galli, V. (1985) "Sobre el trabajo del clínico", en *Psicoanálisis hoy*, N° 2, Caracas (1985).

Galli, V. (2005) "Psicoanálisis-psicoterapias psicoanalíticas. Sobre diferencias de grado y de calidad", en *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP)*, 2005 N° 7/8, Buenos Aires.

García Badaracco, J. (1990) *Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar*, Tecnipublicaciones, Madrid (1990).

García Badaracco, J. (2000) *Psicoanálisis multifamiliar*, Paidós, Buenos Aires (2000).

García Badaracco, J. (2005) *Demonios de la mente. Biografía de una esquizofrenia*, Eudeba, Buenos Aires (2005).

Freud, S.: (1905) Tre saggi sulla teoria sessuale. In *Sigmund Freud Opere*. Vol. 4. Bollati Boringhieri, Torino, 2005. (pp. 441-546).

Freud, S.: (1925) *Inibizione, Sintomo e Angoscia*. Vol. X. In *Sigmund Freud Opere*. Vol. VII. Bollati Boringhieri, Torino, 2009. (pp. 237-322).

Mitre, M. E. (1998) *Las voces de la locura*, Emecé, Buenos Aires.