

# Universidad de la República

## Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

*Importancia de la inclusión de la familia en el proceso de  
Rehabilitación Psicosocial de la Psicosis Esquizofrénica*

Trabajo Final de Grado

Tutora: Prof. Agda. Mag. Gabriela Prieto

Estudiante: Analía Salas

C.I: 4.079.377-6

Montevideo, 30 de Julio de 2015

## Índice

A – Resumen.....	2
B – Introducción.....	3
C – Desarrollo.....	4
1 – La psicosis esquizofrénica.....	4
1.1 – Conceptualización de la psicosis esquizofrénica.....	4
1.2 – Criterios Diagnósticos.....	8
1.3 – Una mirada psicoanalítica al tema de la psicosis.....	10
2 – Familia y Enfermedad Mental.....	18
2.1 – El dispositivo grupal para el tratamiento de la esquizofrenia.....	18
3 – Rehabilitación psicosocial.....	25
3.1 – Definición.....	25
3.2 – Objetivos.....	26
3.3 – Rehabilitación psicosocial en Uruguay.....	27
4 – Psicoanálisis Multifamiliar.....	31
4.1 – Jorge García Badaracco.....	31
4.2 – Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo propuesto por Badaracco para el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de la psicosis.....	31
4.3 – Virtualidad sana.....	33
4.4 – Interdependencias patógenas.....	34
4.5 – Mente en trama y transferencia psicótica.....	36
D – Consideraciones finales.....	38
E – Referencias bibliográficas.....	40

## Resumen

En la presente monografía se abordará la importancia de la inclusión de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de la psicosis esquizofrénica.

Se realizará un recorrido conceptual de esta enfermedad integrando las teorizaciones y estudios aportados por el psicoanálisis a través de distintos autores.

Serán mencionadas algunas de las problemáticas que en la actualidad se presentan en torno al tratamiento y atención precoz de la psicosis esquizofrénica.

Luego se intentará desarrollar a partir de autores la importancia del dispositivo grupal para el tratamiento de quien posee el diagnóstico de la enfermedad y para su familia.

Se puntualizará sobre algunos de los dispositivos actuales vinculados a la rehabilitación psicosocial en Uruguay.

Y finalmente se realizará un acercamiento al dispositivo de Psicoanálisis Multifamiliar para el tratamiento de la psicosis propuesto por Badaracco, repasando algunas de las conceptualizaciones claves en su obra.

**Palabras claves:** Psicosis – Esquizofrenia – Rehabilitación Psicosocial – Psicoanálisis Multifamiliar.

## **Introducción**

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica que permita reflexionar sobre la importancia de la rehabilitación psicosocial de la psicosis esquizofrénica.

Con este fin se intentarán articular los aportes de diversos autores, incluyendo sus teorizaciones y estudios sobre el tratamiento de esta enfermedad. Comenzando un recorrido desde la psiquiatría clásica a las construcciones psicoanalíticas y sus diversas corrientes y aportes a lo largo del tiempo hasta la actualidad.

Transitando por distintos momentos históricos e intentando comprender como se enlazan las construcciones conceptuales que se han ido gestando sobre este tema desde sus inicios como objeto de estudio, se buscará incluir autores de diferente tiempo y región.

Estarán incluidos autores como: Báez, Badaracco, Berenstein, Bion, Freud, Gabbard, Käes, Klein y Tizón, entre otros.

Se prestará mayor interés a la relevancia del dispositivo grupal y a la inclusión de la familia del usuario para el trabajo en rehabilitación de la psicosis. Para esto se intentará visualizar la influencia de la familia en la génesis del desarrollo psíquico, para luego poder comprender la importancia del trabajo en rehabilitación con la familia como contexto real.

Priorizando un marco teórico psicoanalítico para abordar el funcionamiento psíquico y las características mas destacadas de esta enfermedad, se realizará un acercamiento al concepto de mente en trama propuesto por Badaracco, así como a su teoría de psicoanálisis multifamiliar como dispositivo para la rehabilitación de la psicosis.

## Desarrollo

### 1. La psicosis esquizofrénica

#### 1.1 *Conceptualización de la Psicosis Esquizofrénica*

La conceptualización de esta enfermedad se encuentra íntimamente relacionada con la historia de la psiquiatría misma. Es en el siglo XIX que la aparición del término psicosis separa las enfermedades mentales de las enfermedades del cerebro y de las enfermedades del cuerpo. Marcando una evolución emancipatoria con respecto a la tradición filosófica que consideraba este tipo de trastornos graves como enfermedades del alma, el error y el pecado. (Laplanche, J., Pontalis, J.B. 1974)

En las definiciones más usuales coexisten a menudo criterios como la incapacidad de adaptación social (problemas de hospitalización), la mayor o menor "gravedad" de los síntomas, la perturbación de la facultad de comunicación, la falta de conciencia de enfermedad, la pérdida de contacto con la realidad, el carácter "incomprensible" (según término de Jaspers) de los trastornos, el determinismo orgánico o psicogenético, las alteraciones más o menos profundas e irreversibles del yo. (Laplanche, J., Pontalis, J.B. 1974, p. 335)

Para Kaplan y Sadock (2004) la psicosis se define por la pérdida de contacto con la realidad. Estos autores entienden que se trata de un desorden mental grave por el deterioro del funcionamiento mental que produce y que el mismo puede manifestarse con alucinaciones, ideas delirantes, confusión, alteración de la memoria y alteración del juicio.

El deterioro mental empobrece el funcionamiento personal y social. Como consecuencia las personas que lo padecen evalúan incorrectamente la exactitud de sus propias percepciones y pensamientos, extrayendo conclusiones erróneas de la realidad exterior. (Kaplan - Sadock, 2004)

El concepto general compartido de psicosis tanto en el ámbito psiquiátrico como en el psicoanalítico, subraya el trastorno de relación con la realidad. La diferencia radica en que para el psicoanálisis la relación con la realidad es libidinal, o dicho de otro modo, la relación es con la realidad investida libidinalmente. Esto significa que dicha relación se instaura y se sostiene primordialmente en la relación de objeto, y por tanto es afectada en mayor o menor medida por las vicisitudes pulsionales y el conflicto psíquico.

La realidad a la que se alude en las formulaciones psiquiátricas es la realidad externa, fáctica, material. (Solimano, 2009)

Gabbard (2006) sostiene que la esquizofrenia es una enfermedad que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único. Aun cuando la incidencia de los factores genéticos fuera indiscutible se trata de un individuo dinámicamente complejo que reacciona a una enfermedad profundamente perturbadora.

“No existe algo así como el tratamiento de la esquizofrenia. Todas las intervenciones terapéuticas deben ser confeccionadas en función de las necesidades únicas del paciente individual. La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas proteiformes.” (Gabbard, Glen O, 2006, p. 184)

Este autor propone una división en tres grupos como forma de organización de la sintomatología descriptiva del trastorno. Los separa entonces entre: Síntomas positivos, síntomas negativos y desórdenes en las relaciones personales. Algunos autores sugieren que en el tercer grupo deberían mencionarse los síntomas de desorganización mental o cognitiva pero Gabbard le presta mayor importancia a los trastornos que se generan a nivel de las relaciones interpersonales.

“Las manifestaciones principales de los desórdenes en las relaciones interpersonales incluyen retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, pérdida de la percepción de las necesidades de los otros, excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otras personas”. (Gabbard, Glen O, 2006, p. 185)

En cuanto a la evolución y el pronóstico de la enfermedad, la esquizofrenia tiende a evolucionar con exacerbaciones y remisiones. Las recaídas muestran un deterioro adicional del funcionamiento basal del sujeto y con el tiempo los síntomas positivos tienden a ser menos graves mientras que los negativos tienden a agravarse. Esto repercute en la vida social del sujeto donde sobre todo comenzaría a destacarse más la falta de objetivos, la inactividad, y las frecuentes hospitalizaciones. (Kaplan- Sadock, 2004)

La esquizofrenia es un síndrome complejo que inevitablemente tiene un efecto devastador en la vida de la persona afectada y de los miembros de su familia. Es un trastorno que puede perturbar la percepción, el pensamiento, el habla y el movimiento de un individuo, afectando de este modo casi todos los aspectos del funcionamiento cotidiano (Barlow, 2004) (Pryor, C, 2010, p. 15).

Tizón JL. (2007) sostiene que la característica mas notoria de esta enfermedad se encuentra en el trastorno relacional grave que produce. Este autor hace referencia a dos paradigmas: un paradigma biologicista y otro relacional. El paradigma biologicista se enfoca en la esquizofrenia como enfermedad del cerebro, destacando el factor genético. En el paradigma relacional se destacan los vínculos ambivalentes que el individuo

establece sobre todo con sus padres, vínculo caracterizado por Tizón como simbiosis-adhesiva y que se traduce en una gran dificultad para diferenciarse y construir un si mismo.

Tizón (2007) afirma:

En las actuales condiciones de asistencia, el primer contacto con los servicios de Salud Mental de los pacientes diagnosticados de «psicosis esquizofrénica» y, en general, en todas las psicosis «delirantes» o «funcionales», usualmente está precipitado por los dramáticos síntomas y trastornos psicosociales del primer episodio. (Bleuler, Kraepelin, Conrad, etc.) (p. 35).

Este autor a partir de la investigación contenida en su publicación: *Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis*, sostiene que la concepción de que los primeros síntomas de la enfermedad datan del momento en el que la familia y el sujeto acuden por primera vez a la consulta con una red de profesionales es erróneo.

Propone entonces el trabajo con la familia para poder detectar e ir estableciendo con mayor precisión como fueron sus percepciones, cogniciones, conflictos y sentimientos en la convivencia con el trastorno y sus repercusiones desde un comienzo. Esto lleva al autor a formular la siguiente hipótesis: “Si esos antecedentes se pudieran detectar con suficiente validez y fiabilidad, se podrían tratar antes y mejor”. (Tizón, 2007, p. 37).

Tizón plantea a través de su investigación: *“La esquizofrenia en atención primaria: El Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica”* (2004) un problema actual en el estudio y las investigaciones que se realizan sobre la Psicosis introduciendo la necesidad de lograr profundos replanteamientos tanto teóricos como epistemológicos, sin los cuales la investigación e incluso la clínica seguirán abriendo caminos sin salida.

Este autor ha propuesto buscar en los antecedentes de los pacientes, antecedentes dentro de la infancia y la adolescencia los cuales podrían mostrar mucho más que factores de riesgo específicos si se pueden pensar como “constelaciones o “agrupaciones” de factores.

A partir de su trabajo de investigación se han podido determinar tasas de incidencia y prevalencia en población general y en población de riesgo comprobadas para la población estudiada, así como otra serie de características psico-sociales: edad de aparición, distribución por géneros, barriadas y grupos sociales, fertilidad y fecundidad de los sujetos, etc. También algunos datos iniciales acerca de la influencia de los factores sociales en la diferenciación de la psicopatología y la eclosión y evolución de los trastornos. (Tizón, 2007)

En base a los estudios realizados por Tizón y su equipo de trabajo en El Estudio SASPE (2004) sobre la incidencia y la prevalencia de la enfermedad se comienza a atender el papel de los factores sociales y se realiza una diferenciación entre factores de riesgo y factores protectores de la aparición del primer episodio y las consecuentes recaídas.

Tizón (2007) plantea entonces un problema en el apriorismo de pensar que la mayoría de los pacientes acceden a una red sanitaria de salud y que estos forman una parte destacada de los factores de protección. Y concluye que se desconoce cómo viven los pacientes con psicosis y sus familias cuando quedan por fuera de los ámbitos institucionales y la red de servicios sanitarios.

En síntesis Tizón destacó de este trabajo de investigación (SASPE, 2004) tres puntos:

- La necesidad de problematizar con mayor profundidad como inciden los factores sociales en la enfermedad y como incluimos estos factores en el proceso de rehabilitación del paciente.
- La importancia del diagnóstico precoz para lograr mayores resultados en la comprensión y tratamiento de la enfermedad, entendiendo que debemos trabajar en la historia de ese paciente con la colaboración y la integración de la familia en el proceso de rehabilitación.
- Y por último como uno de los puntos que marca un alerta y nos cuestiona sobre la red de servicios sanitarios y como se están produciendo los factores de protección: el poder problematizar cuantas familias no reciben atención de ningún tipo y como evoluciona en esos casos la enfermedad en el grupo entero de la familia y en su relación con lo social.



## 1.2 Criterios Diagnósticos

Kraepelin (1856 – 1926) desarrolló un sistema clasificatorio de las enfermedades mentales alguno de cuyos principios siguen perdurando, y luego durante el transcurso del siglo XX comienzan a multiplicarse las propuestas de clasificación y actualmente los sistemas vigentes en el ámbito internacional son: El sistema CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades), obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el sistema DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Actualmente se encuentra vigente el DSM V, pero aun se trabaja con la edición anterior del Manual, el DSM IV-TR y el CIE-10.

En términos generales, existe coincidencia entre ambos sistemas clasificatorios en cuanto a conceptos y clasificación de estos trastornos. (Ferrali, 2004)

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV son similares en muchos aspectos, pero no idénticos. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen dos caminos distintos para llegar a cumplir los criterios diagnósticos de la esquizofrenia: la existencia de un síntoma de Schneider de primer rango o delirios extraños, o presencia de al menos dos de los otros síntomas característicos (alucinaciones acompañadas de delirios, trastorno del pensamiento, síntomas catatónicos y síntomas negativos). (American Psychiatric Association, 2002, p. 290)

En el manual DSM-IV-TR (2002) se mencionan como criterios diagnósticos para la esquizofrenia el Criterio A: Dos o más síntomas como por ejemplo la aparición de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, síntomas negativos como pueden ser el aplanamiento afectivo, alogia o abulia siempre que estos síntomas se mantengan durante un período significativo de al menos un mes. Criterio B: Disfunción social o laboral con respecto al nivel premórbido y Criterio C: La persistencia de signos continuos por un período mínimo de seis meses el cual debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A. Adicional a estos criterios, para poder diagnosticar esquizofrenia se debe excluir la posibilidad de que los síntomas se ajusten a otras enfermedades mentales, como el trastorno esquizo-afectivo, o del estado de ánimo, el uso de sustancias adictivas (drogas de abuso o medicamentos) o cualquier otra enfermedad que pueda ser la causa de los síntomas descritos anteriormente. (American Psychiatric Association, 2002)

Se señalan en este manual dos categorías en donde pueden agruparse los síntomas característicos de la esquizofrenia: Los positivos y los negativos.

En los síntomas positivos se habla de un exceso o distorsión de las funciones normales. Alguno de estos síntomas pueden ser: Delirios, alucinaciones, excitación, grandiosidad,

hostilidad o comportamientos gravemente desorganizados y lenguaje desorganizado. Esta categoría de síntomas se caracteriza por distorsiones del pensamiento inferencial, la percepción, el lenguaje y la comunicación

En los síntomas negativos se habla de una disminución o pérdida de las funciones normales. Dentro de estos síntomas negativos se menciona en el DSM IV, el aplanamiento afectivo donde la expresión emocional se ve severamente afectada, la fluidez del pensamiento y el lenguaje (alogia) y la abulia. Se destacan como síntomas negativos entonces: el embotamiento afectivo, el retraimiento y un pensamiento estereotipado.

Habitualmente la esquizofrenia se caracteriza por un deterioro progresivo y es la más frecuente de las enfermedades psicóticas.

Este manual de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en síntesis, establece que las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un mes (o durante un tiempo mas breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios a y c). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio b).

Los síntomas de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización de comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. (American Psychiatric Association, 2002)

### **1.3 Una mirada psicoanalítica al tema de la psicosis**

En 1924 Freud concibe como origen común desde donde se desarrolla tanto una neurosis como una psicosis: la frustración. Dentro de las conceptualizaciones que realiza Freud sobre la esquizofrenia podemos encontrar que la describe como una regresión, como una defensa que se manifiesta mediante un importante retraimiento ocasionado por las frustraciones y conflictos que encuentra en la relación con otros y en la interacción general con el mundo exterior.

La diferencia para Freud radica en que en la psicosis el conflicto y la ruptura fundamental se genera con el mundo exterior y con la realidad que este le propone al sujeto, mientras que en la neurosis el conflicto está radicado en el mundo interior del sujeto.

Freud entiende que la psicosis es una perturbación del nexo entre el Yo y el mundo exterior. Ese Yo, al servicio del Ello, se retira de un fragmento de la realidad y quiere compensarla a través de una realidad nueva. (Freud, 1924)

Sobre esta construcción de una “nueva” realidad se puede reflexionar tomando la explicación que da Freud de la génesis de las formaciones delirantes y las alucinaciones con respecto a las cuales señala:

el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior. Si esta condición (el conflicto con el mundo exterior) no es mucho más patente de la que ahora la discernimos, ello se fundamenta en que en el cuadro clínico de la psicosis los fenómenos del proceso patógeno a menudo están ocultos por los de un intento de curación o de reconstrucción, que se les superponen. (Freud, 1924, p.157)

En el 2012, Baez publica un trabajo sobre el delirio y el discurso como puntos claves para el tratamiento y diagnóstico de la psicosis desde una postura crítica y reflexiva. En el mismo nos advierte sobre como la percepción relativa que pueda tener el clínico sobre un síntoma podría ser decisiva para el diagnóstico de la enfermedad y el margen entre normalidad y patología para este autor tiene que ser estudiado y analizado cuidadosamente. Sobre todo en cuanto a las formaciones delirantes que son las que en su estudio este autor explora en profundidad.

Esto hace que sea la interpretación del observador sea quien decida si un síntoma se ajusta o no al criterio de un delirante o un psicótico. Por ejemplo, para definir síntomas negativos propios a la esquizofrenia se debe tener presente que el aplanamiento afectivo sea frecuente y se caracterice por la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión facial, el contacto visual pobre y la reducción del lenguaje corporal de la

persona que, en ocasiones, puede sonreír y mostrarse cálida. (APA, 1995) (Baez, 2012, p. 24)

Este autor también realiza una diferenciación entre neurosis y psicosis. Destaca que en la psicosis el sujeto queda atrapado en una relación de alienación con el otro. La simbiosis para Baez se expresaría en este sentido, mediante una incapacidad de diferenciación con respecto al otro. El recurso de simbolización con el que cuenta la neurosis no aparece en la psicosis. (Baez, 2010)

Freud (1924) postuló que un defecto del Yo contribuía a los síntomas en la esquizofrenia y que la desintegración del yo representa un regreso a la época en el que el Yo todavía no estaba establecido o comenzaba a establecerse.

A través de su teoría de la libido, suponía la existencia de un déficit madurativo caracterizado por un grado variable de fijación en la etapa autoerótica o una regresión a esta fase, impidiendo la transferencia, que sería la base de la curación.

Para este autor en la génesis de la psicosis hay una frustración externa, un no cumplimiento de los deseos de la infancia.

Cuando Freud escribe en 1924 *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* sostiene que en la neurosis se logra evitar el fragmento de realidad que causa frustración logrando protegerse del encuentro con él. Pero en la psicosis se procura en un primer momento desmentir la realidad intentando con esto sustituirla, a lo que sobreviene una segunda fase activa de reconstrucción de la realidad.

En la neurosis este intento de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo se resuelve a través de la fantasía.

Otra de las diferencias que establece Freud entre la neurosis y la psicosis es que en las psicosis el mundo exterior fantástico creado ya no persigue un fin de evasión de la realidad sino que adquiere dimensiones mayores porque persigue un objetivo más radical buscando reemplazar a la realidad exterior. Freud presenta el mecanismo de desmentida como la operación mediante la cual se procura sustituir o modificar la realidad que presenta ante el sujeto un recuerdo o una percepción traumática. (Freud, 1924)

Para Freud el estado psicótico es la expresión mórbida del intento desesperado del yo de preservarse, de defenderse de una representación que amenaza su integridad. La desmentida entonces, es el mecanismo de defensa característico de la psicosis. (Nasio, 2001)

En la segunda teorización del aparato psíquico, la oposición neurosis-psicosis tiene en cuenta la situación intermedia del yo entre el Ello y la realidad. En la psicosis se produce al principio una ruptura entre el yo y la realidad, que deja al yo bajo el dominio del Ello.

En un segundo tiempo, el del delirio, el yo reconstituirá una nueva realidad, conforme a los deseos del Ello. (Laplanche, J., Pontalis, J.B. 1974)

La hipótesis de Freud en *Construcciones en el análisis, 1937* es que la convicción del paciente acerca de la realidad del delirio se debería al contenido de verdad histórica/vivencial (historisch) que encierra y que pone en lugar de la realidad que rechaza.

Solimano propone que si no aceptamos el delirio en nombre de la realidad lo rechazamos como realidad del paciente y si lo afirmamos estamos negando la realidad externa compartida. Este autor plantea que esto debe ser tenido en cuenta también cuando cabe interpretar, para que la interpretación no sea tomada solo como una afirmación de realidad externa con rechazo de la realidad psíquica. (Solimano, 2009)

“El psicótico es un mártir del inconsciente, si damos al término mártir su sentido de ser testigo” (Lacan, 1981, p.149)

Lacan (1998), se sirvió del estudio de las psicosis para su teorización del funcionamiento normal del inconsciente, el concepto lacaniano de inconsciente estructurado como lenguaje se forjó a partir de la comprensión psicoanalítica del fenómeno psicótico. Cuando aborda el tema de las voces y los delirios en las psicosis Lacan habla de un gran Otro en nosotros que trasciende nuestro saber consciente y mediante el cual todos somos “hablados” psicóticos o no. Pero realiza una distinción entre la relación del sujeto con ese Otro que habla en él:

Para el psicótico y el neurótico, el movimiento retroactivo es el mismo. Al igual que el sujeto alucinado, el analizando neurótico oye la voz de su inconsciente, pero la vivencia es completamente diferente. Mientras el neurótico, admite que su inconsciente habla por su intermedio y que él es su agente involuntario, el psicótico, conmovido por la certeza, tiene la dolorosa e inquebrantable convicción de ser víctima de una voz tiránica que lo aliena. (Nasio, 2001, p. 44)

Partiendo de la cita anterior y en esa misma línea Zolty (2001) nos propone pensar como las manifestaciones psicóticas como pueden ser el delirio o la alucinación no solo se pueden leer como efectos inmediatos de una causa determinada, sino que también se pueden entender como las consecuencias derivadas de la lucha entablada por el yo para defenderse contra un dolor insoportable.

Retomaríamos entonces el concepto inicial de Freud de que toda psicosis es una enfermedad de la defensa. (Nasio, 2001)

La expulsión de esta representación significa un retiro de significación, y este vacío en el yo equivale a un vacío en la realidad.

“El yo se sustrae a la representación inconciliable, pero ésta está inseparablemente unida a un fragmento de la realidad, de modo tal que el yo, al realizar esta acción, se ha separado también, en su totalidad o en parte, de la realidad”. (Freud, 1978) (Nasio, 2001, p. 41)

Como consecuencia de esto tenemos ultracatexia excesiva de una representación; esto refiere a un mecanismo de desmentida de la realidad que genera un vacío en el yo; la realidad pasa a estar negada y se la sustituye por otra realidad que cobra la forma del delirio o la alucinación. (Nasio, 2001)

En 1911 Freud había tomado el término narcisismo de Näcké (quien lo utilizó originariamente para designar la perversión que consiste en tratar el propio cuerpo como se trata un objeto sexual) y lo utilizó para explicar la ruptura entre el yo paranoico y el mundo exterior. El narcisismo adquiere entonces la significación de repliegue de la libido sobre sí mismo. En la psicosis la energía libidinal que el sujeto vuelca hacia sí mismo tiene como consecuencia un delirio de grandeza, que constituye uno de los delirios más comunes en la psicosis. A partir de 1914 Freud extiende el concepto de Narcisismo y lo integra al desarrollo normal del Yo en su trabajo: “Introducción al narcisismo”. (Nasio, 2001)

Freud escribía en 1911 que la esquizofrenia estaba relacionada con una regresión a la fase autoerótica de los primeros meses de vida. Años después Klein dedicó sus estudios y profundizó sobre estos primeros meses de vida en el infans. Para 1935 esta autora insistía en que los lactantes están normalmente expuestos a situaciones psicóticas de angustia y que los pacientes que sufren de psicosis regresan a estas tempranas angustias psicóticas de la niñez. (Klein, 1935)

En 1946 Klein, desarrolla su teoría sobre la disociación del Yo y cuáles son los mecanismos que producen esta disociación. Este fue un aporte de suma importancia para la teoría psicoanalítica que ya se había encargado de relacionar el tratamiento de la esquizofrenia con el estudio de las profundas alteraciones del Yo.

Esta autora señala que en la fase paranoide del desarrollo el niño disocia y proyecta partes buenas y también partes malas del Yo, en esta etapa no existe una diferenciación muy clara del sujeto con respecto al objeto. Si se da un exceso de proyección de partes buenas

en un objeto externo se establecen sentimientos de pérdida de personalidad, y si por el contrario el exceso se encuentra en la proyección de partes malas del yo, se desarrollaran vivencias persecutorias con respecto a los objetos externos, lo cual refiere en ambos casos a un inevitable empobrecimiento del Yo. (Klein, 1946)

En 1946, Klein describe como defensas típicas del yo precoz (que prevalecen en los primeros años de vida): los mecanismos de escisión de objeto, la idealización, la negación de la realidad interior y exterior y el ahogo de las emociones. Y señala que la mayor parte de estos fenómenos se encuentran en el cuadro sintomático posterior de la esquizofrenia.

Por su parte Aulagnier (1977), abría una advertencia con respecto a pensar la psicosis estrictamente desde la relación de aspectos con la neurosis. Es habitual encontrar estas comparaciones aun en la actualidad donde el psicótico siempre es concebido en una situación más desfavorable que el neurótico. Si bien esto tiene sus fundamentos desde distintos marcos teóricos, esta autora realiza un cuestionamiento hacia el ámbito psicoanalítico acerca del abordaje de la psicosis.

En una entrevista realizada por Hornstein (1991), Aulagnier destaca su interés en el estudio del Yo como estrategia dentro de la teoría analítica que le ha permitido esclarecer cuales son las condiciones necesarias para que el yo pueda existir y la actividad de pensamiento sea posible. Para esta autora es a partir de una teoría del yo que podemos dar cuenta de cuales son los obstáculos con los que se enfrenta el sujeto para poder conseguir el grado de autonomía que necesita para un funcionamiento psíquico no patológico. Destaca Aulagnier al proceso identificatorio como fundamental en esta constitución del aparato psíquico.

Aulagnier sostiene:

(...) rechazo concebir al pensamiento psicótico como efecto de no se sabe qué déficit o de una represión que no se ha producido, y que jerarquizo todo ese trabajo de construcción que debe hacer el sujeto que ha basculado hacia la psicosis para poder lograr insertarse en una temporalidad que no lo condene a vivir indefinidamente en el presente lo que ha vivido en el pasado, para intentar tener un proyecto identificatorio. (Hornstein, 1991, p.3)

Badaracco destaca con respecto al abordaje del tema de la psicosis desde la teoría freudiana del conflicto que para realizar un análisis profundo sobre esta enfermedad es necesario revisar la patología del narcisismo, las identificaciones patológicas y la patología de la relación primitiva de objeto.

Este autor en su obra: *Psicoanálisis Multifamiliar* (2000) afirma que en la estructura psicótica no hay todavía suficiente discriminación entre sujeto y objeto, esto significa que persiste una fuerte tendencia a simbiotizarse con el objeto y de este modo se establece una simbiosis patológica que deriva en una interdependencia patológica. De esta forma se repite una relación enfermante originada en las primeras relaciones objétales. Estas relaciones objétales se caracterizan por figuras parentales que no pudieron comportarse como objetos estructurantes de recursos yoicos sanos del sujeto en crecimiento. La persistencia de estas formas de relación objetal obstaculiza el crecimiento posterior y contribuyen a la identificación con aspectos patológicos de los objetos parentales que se estructuran en forma de falsos self, produciendo con esto la obturación en el desarrollo del self verdadero.

En 1955 y 1956 cuando Lacan imparte el seminario, luego llamado *Seminario III, Las Psicosis* por su editor, Lacan realiza una crítica a Krapelin.

En este período Lacan se centra más en el estudio de la paranoia y en segundo plano queda la esquizofrenia. Pero de todas formas considero interesante lo que este autor resalta a diferencia de lo que venía proponiendo Krapelin.

Lacan no creía que el proceso paranoico tuviera que ver solo con causas internas debido a que para él siempre existían elementos de índole emocional en la vida del sujeto relacionados con sus relaciones externas. Lacan denominó a la incidencia de este factor como: delirio de relación. Proponiendo que siempre existe un momento de ruptura que determina la aparición de brotes o fases de la enfermedad. (Lacan, 1998)

Para Lacan: “El registro de la palabra crea toda la riqueza de la fenomenología de la psicosis, allí vemos todos sus aspectos, descomposiciones, refracciones. La alucinación verbal, que es fundamental en ella, es precisamente uno de los fenómenos más problemáticos de la palabra” (1998, p. 57)

Por su parte, Soler (2008) retoma la vivencia de desgarradura, evocada como una especie de muerte subjetiva que en el caso Shreber aparecía como “asesinato del alma” y que Lacan describía como un desorden provocado en la articulación más íntima del sentimiento de la vida, instalado según este autor por la falla del significante en el sujeto psicótico.

El tratamiento de la psicosis que propone Lacan debe entenderse a partir del concepto que afirma que en la realidad del psicótico hay un vacío el cual fue ocasionado en la forclusión del nombre del padre. (Baez, 2007)



Soler plantea:

Freud, al descifrar a Shreber, reconoció en el delirio una tentativa de curación que nosotros confundimos –dice- con la enfermedad. De ahí la necesidad de distinguir, en el propio seno de la psicosis, entre los fenómenos primarios de la enfermedad, y las elaboraciones que se le añaden, y mediante las cuales el sujeto responde a esos fenómenos que padece. (Soler, 2008, p. 15)

Para Mendilaharsu la psicosis se caracteriza por fragmentos destructivos de la personalidad proveniente de precursores afectivos violentos que sostienen un fuerte impulso para manifestarse y que consiguen una acción destructiva y desorganizante del yo que se ve imposibilitado de poner límites a estos impulsos. Este autor hace referencia a como estos fragmentos o partes destructivas logran tomar toda la personalidad del sujeto generando una desorganización generalizada de las conductas, el pensamiento y la afectividad. (Arévalo, Errandonea, Pezzani, Yáñez, 2007)

En las crisis psicóticas, la herida narcisista actuando sobre un Yo que por la debilidad de su integración funcional, no puede ser manejada, crea la situación propicia para la irrupción del núcleo amalgamático destructivo que ataca a las funciones Yoicas y al Yo fragmentándolo. (...) El delirio puede ser, en esta situación, considerado como el último esfuerzo del Yo para sobrevivir, como la última tentativa de adaptación en esa asfixia entre la realidad externa insoportable y el peligro interno avasallante. (Mendilaharsu, 1987, p.2)

El estudio estructural de la psicosis que realiza este autor incluye las relaciones objetales y se centra en el estudio de la organización-desorganización del Yo como epicentro de la psicosis.

Mendilaharsu sostiene que los introyectos primarios son fundamentales para comprender la fragilidad del Yo que mantiene ansiedades arcaicas que se traducen en una amenaza interna constante para el Yo.

Van a considerarse en su trabajo “Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis” dos condiciones diferenciadoras en la estructura del aparato psíquico: una en el estado de latencia y la otra en la crisis psicótica manifiesta o en la psicosis crónica.

En cambio para Bion:

La personalidad esquizofrénica depende de la existencia en el paciente de cuatro características fundamentales: la primera estaría constituida por un conflicto nunca resuelto entre los instintos de vida y muerte. La segunda por el predominio de impulsos destructivos. En tercer lugar un importante odio hacia la realidad interna y externa de si mismo y por último una relación de objeto frágil pero tenaz. (Arévalo, Errandonea, Pezzani, Yáñez, 2007)

Para este autor estas características son las que llevan al sujeto desde una posición esquizoparanoide hacia una depresiva de una manera muy diferente a la personalidad no

psicótica. Porque este conjunto de características refuerza de forma muy destructiva la identificación proyectiva de la que el sujeto será presa.

En el 2001, Costas Antola realiza un trabajo llamado *La psicosis en la obra de Bion* en el cual expresa:

Esta teoría vincular permite dar cuenta de la metabolización de los contenidos evacuados por el bebé en la madre, a través de la identificación proyectiva. La función *reverie* que cumple la madre, los transforma en aptos para ser soñados, pensados o fantaseados, y se constituyen de este modo en *elementos alfa*. Estos conforman la *barrera de contacto*, separación entre lo consciente y lo inconsciente, entre el dormir y el despertar; separación anulada en la psicosis.

## **2. Familia y enfermedad mental**

### **2.1 *El dispositivo grupal para el tratamiento de la esquizofrenia***

Numerosos autores han realizado estudios en los que se muestra la relevancia de la familia en la génesis de la psicosis.

En su trabajo *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura familiar* (1989), Badaracco reseña la evolución de las conceptualizaciones que se fueron realizando al respecto y como se ha evolucionado teóricamente en este tema. En un principio se destacó la influencia patógena de la madre y luego bajo el concepto de padre inadecuado o ausente se fue abriendo un camino que también señalaba la influencia patógena del padre. La psicoterapia de la familia finalmente acabo por descubrir que la patología familiar es compartida de diferentes maneras por todos los miembros de la familia.

Lo patógeno deja de ser potestad exclusiva del que posee el diagnóstico de la enfermedad mental para pasar a verse en la estructura familiar en su totalidad. (Badaracco, 1989)

En el concepto de las tres generaciones se sostiene que la inmadurez de la personalidad se hereda psicológicamente a través de la convivencia y se potencia a través de las generaciones. (Badaracco, 1989, p.197)

Losso, en el 2001 afirma que:

La enfermedad une a la familia, la organiza y le da un motivo de preocupación e intercambio. El enfermo aparece como un termómetro de las tensiones familiares y al mismo tiempo como alivio de las mismas, como paragolpe de los conflictos parentales. (p. 27)

Para este autor la familia es una institución social, que como característica destacable es universal. De esta forma Losso describe a la familia como una estructura intermedia entre el individuo y la sociedad la cual estaría constituida en función de la marcada inmadurez con la que nace el ser humano, y de la dependencia que esto le genera para satisfacer sus necesidades básicas.

Este autor llama a la familia: el locus nascendi del individuo, la matriz de su nacimiento como sujeto y de su crecimiento y donde adquiere poco a poco su identidad.

Pero sobre todo y es en esto donde este autor hace mayor énfasis la familia sería el vehículo de transmisión de los valores culturales y de las generaciones anteriores, de las tradiciones, de los mandatos, de los legados; que determinan la fundación del individuo. Por esto considera que la familia constituye un contexto de contención del sufrimiento psíquico y crea el ambiente en el cual se desarrolla la capacidad de pensar, de simbolizar,

en síntesis la capacidad de comunicación. Por todo esto Losso afirma quien posee el diagnóstico de la enfermedad en su sufrimiento contiene también la expresión de un sufrimiento familiar. (Losso, 2001)

Por su parte Badaracco sostiene que la familia es una estructura transicional que, tanto desde el punto de vista biológico como psicológico, está destinada a hacer que sus miembros más jóvenes adquieran una identidad que les haga posible una existencia independiente de la familia misma (Consentino, 2010).

Badaracco propone en 1989 que son los progenitores quienes obstaculizan, por sus propias carencias y dificultades edípicas, la disolución del complejo de Edipo de sus hijos, condicionando una estructuración patológica. Con esto quiere decir que los padres con sus propios conflictos no resueltos podrían condicionar mediante identificaciones patológicas el desarrollo psicoemocional y psicosexual que generalmente producen fijaciones de las relaciones de objeto, lo cual estaría dando lugar a variadas formas de patología mental.

Con respecto a esto, Macchioli sostiene:

El problema de la psicosis, y en particular la esquizofrenia, planteó importantes interrogantes a la psiquiatría respecto a su etiología, nosografía y tratamiento, posicionándose como una de las enfermedades prácticamente incurables.

Sin embargo, a partir del cruce entre psicoanálisis y ciencias sociales, algunas de las investigaciones sobre esquizofrenia desembocaron en la familia, ubicándola como protagonista en su etiología y tratamiento. (2009, p.1)

Esta autora realiza una revisión de la obra de Badaracco (Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar) desde la cual destaca como Badaracco partió de una familia enferma como totalidad situando a la familia como contexto real del crecimiento psicológico de los individuos lo cual representaría un escenario optimo para abordar la dinámica normal y patológica familiar.

Para Macchioli (2009), las interrogantes que intenta responder Badaracco tienen que ver fundamentalmente con la búsqueda de cómo trabajar psicoanalíticamente con la psicosis, desde donde este autor planteará la necesidad de trabajar con la familia del paciente incorporándola al setting grupal. Para esto uno de los mayores desafíos con los que se encontraría Badaracco es la articulación de la terapia individual con la terapia familiar.

Desde esta concepción de tratamiento de la psicosis nace la idea de Badaracco de abordar esta compleja trama desde un dispositivo al que denominó Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar.

Este dispositivo propone un contexto global en el que se integran distintas modalidades terapéuticas para que se elaboren diferentes aspectos psicóticos de la personalidad.

Hacia 1970 Badaracco compone esta comunidad desde cuatro estructuras terapéuticas básicas: terapia individual psicoanalítica, terapia grupal comunitaria, terapia del grupo familiar nuclear y grupo familiar múltiple. De todas formas, destaca Macchioli (2009), este dispositivo se asienta en una comprensión particular del sujeto que parte del psicoanálisis.

Fueron varios los autores que a lo largo de los años se encargaron de señalar que la psicosis posee una importantísima impronta en el primer tramo del desarrollo del sujeto. Winnicott, que ha realizado un exhaustivo y destacado trabajo en torno a la infancia ha sostenido y definido la psicosis como una falla de la crianza que lleva al individuo a configurar un falso self el cual sería utilizado como mecanismo defensivo con la finalidad de proteger al self verdadero. El tratamiento adecuado para este autor estaría definido por un retorno a esa dependencia temprana donde setting analítico mediante, el sujeto pueda realizar una regresión y transformar el desarrollo emocional primitivo desviado en una experiencia de narcisismo primario a partir del cual el verdadero self pueda asumir su desarrollo. (Winnicott, 2009)

Para Badaracco el abordaje grupal en el espacio multifamiliar posibilita y habilita al sujeto a construir nuevos recursos yoicos para poder vivir y abordar lo que de otra manera le resulta invivible y muy doloroso. El encuentro con un self verdadero estaría dado por este autor en la medida que la experiencia grupal sirva de red y sostén para el desarrollo y despliegue de la virtualidad sana. (Badaracco, 1978)

Pero considero importante destacar como ambos autores (Winnicott y Badaracco) y como el estudio desde el psicoanálisis sobre el tema de la psicosis se empeña siempre en demostrar el perjuicio que existe en la estructura narcisista de esta enfermedad. La cual en consecuencia determina la constitución de un Yo que retira su libido con respecto al mundo exterior.

Partiendo de que todo proceso psicoterapéutico constituye un re-desarrollo del sujeto es posible comprender la importancia de que este re-desarrollo involucre a la familia en el tratamiento de la psicosis. Es a través de la terapia familiar y desde el dispositivo que propone Badaracco, que los roles asignados se develan (según este autor), permitiendo rastrear y dar visibilidad sobre las carencias yoicas y los rasgos psicológicos de personalidad que son transmitidos de generación en generación.

Otros autores han realizado destacados aportes al estudio de la incidencia generacional con respecto a los trastornos mentales graves. Tal es el caso de Kaës, quién sostiene que la sujeción al grupo estaría fundada por la realidad intersubjetiva como condición de existencia del sujeto humano

Lo ineluctable es que somos puestos en el mundo por más de otro. Por más de un sexo, y que nuestra pre-historia hace de cada uno de nosotros, mucho antes del desprendimiento del nacimiento, el sujeto de un conjunto intersubjetivo cuyos sujetos nos tienen y nos sostienen como los servidores y los herederos de sus “sueños de deseos irrealizados”, de sus represiones y de sus renunciamentos, en la malla de sus discursos, de sus fantasías y de sus historias. (2006, p. 17).

Este autor ha realizado importantes aportes sobre los cuadros metapsíquicas compartidos sobre los cuales entiende que se fundamenta la vida psíquica de cada sujeto. Para Kaës el sujeto se manifiesta en la relación con los otros. Asimismo el concepto de intersubjetividad que maneja este autor no debe comprenderse desde la interacción con los otros sino como algo que se construye en un espacio psíquico apropiado a cada configuración de vínculo. Esta intersubjetividad estaría definida como una estructura dinámica del espacio psíquico entre dos o más sujetos que comportan procesos, formaciones y experiencias específicas. Los efectos de estos procesos y experiencias orientarían el nacimiento de los sujetos del inconsciente y su devenir Yo. (Ferruta, 2014)

Kaës sostiene que la mentalidad de grupo es la actividad mental que se forma en un grupo a partir de la opinión, de la voluntad y de los deseos inconscientes, unánimes y anónimos de sus miembros. “Las contribuciones de éstos en la mentalidad de grupo, que constituye su continente, permite cierta satisfacción de sus pulsiones y de sus deseos; sin embargo, deben estar de acuerdo con las demás contribuciones del fondo común, y estar apoyadas por él”. (Kaës, R. 1997) (Rivas, 2014. p. 5)

Este autor considera que tanto la teoría de las identificaciones como la teoría de los vínculos funcionan como fundamentos principales del enfoque psicoanalítico de la familia. Kaës agregó a estos dos fundamentos, el de las “funciones fóricas”: concepto que utiliza para tomar en consideración el lugar y las funciones asumidas por un sujeto, que, por su propio movimiento y por el encuentro con el deseo de los otros, es encargado de cumplir los procedimientos de representación para hacer llegar a todos lo que para el conjunto pueda encontrarse invisibilizado o inaccesible.

Estas funciones, ligadas a emplazamientos subjetivos en un conjunto, están reglados por mecanismos metafóricos y metonímicos, de desplazamiento y condensación. (Vega, 2013)

Rivière ha realizado también sus importantes aportes sobre esta noción de “funciones asumidas por un sujeto” pero desde otra concepción y sirviéndose de otra figura que es la figura del portavoz.

Rivière define al portavoz de la siguiente manera:

El portavoz es aquel que en el grupo, en un determinado momento dice algo, enuncia algo, y ese algo es el signo de un proceso grupal que hasta ese momento ha permanecido latente o implícito, como escondido dentro de la totalidad del grupo (...) El portavoz no tiene conciencia de enunciar algo de la significación grupal que tiene en ese momento, sino que enuncia algo que vive como propio. (Rivière, 2008, p. 221)

Para este autor la familia esta definida por una estructura social básica, caracterizada por un interjuego de roles diferenciados. Estos son: padre, madre, hijo. Afirma entonces Pichón Rivière que: “la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal” (Rivière, 2008, p. 59)

Para problematizar el tema de la enfermedad mental y la familia, se ha hecho referencia a la noción de alianzas inconscientes. Con el objetivo de reflexionar sobre los procesos de formación de síntomas como elementos que cumplen una función dinámica y económica en el núcleo familiar, se toma el concepto de alianza inconsciente para pensar una serie de episodios rechazados y/o abolidos de la historia familiar. El secreto familiar entonces podría adquirir dimensiones muy complejas con efectos devastadores para los procesos de desarrollo del psiquismo.

Aulagnier, por su parte, toma la función del portavoz en el espacio intersubjetivo de la formación del Yo (Je) y destaca el rol del ambiente en la génesis de la psicosis.

Pero será Kaës quien se encargue de destacar como el aparato psíquico se constituye a través de las generaciones que intervienen en la construcción de un cuerpo erógeno, significado, libidinizado que lo desprende del cuerpo biológico.

Este proceso, afirma este autor, es el que se encuentra trastornado en el cuerpo del psicótico y que le impide habitarlo. Su cuerpo roto, fracturado, lo desvincula del lenguaje. En el centro de esta dinámica se encuentran los mecanismos de identificación, mecanismos fallidos o fracasado. (Rivas, L. F., Velasco, M. E. R., 2005)

Aulagnier con respecto al lenguaje destaca el efecto que tienen las palabras de las figuras parentales sobre el niño. Esta autora señala que en la relación de los padres con el niño se encuentran las huellas de la relación de pareja con el medio social del que forman parte y cuyos ideales la pareja ha adquirido y comparte. Antes de haber nacido y a través del discurso el niño tiene un lugar, este lugar es el que va a ocupar en el discurso social.

Por esta razón el niño debería luego encontrar un discurso social con referencias identificatorias que van a proporcionarle un soporte cuando se aleje del soporte que le proporciona la pareja parental.

“No es totalmente casual que la historia de las familias de gran parte de quienes luego serán psicóticos repita con tanta frecuencia un mismo drama social y económico (Aulagnier, 1975)”. (Jaroslavsky, 2008, p. 2)

Berenstein afirma que “el grupo familiar es un sistema con una estructura inconsciente” (1984, p. 41) y admite que tras esta conceptualización de la familia como sistema existe una estrategia que le permite desenfocar el problema individual.

En su obra (1984), Berenstein explica como las investigaciones realizadas sobre los grupos familiares han contribuido modificando el concepto que se sostenía de enfermedad mental que dejaban a la misma disminuida al estatuto de anormalidad y ubicaban el problema principalmente en la desadaptación a la norma social vigente. A partir de estas investigaciones la enfermedad mental es entendida como expresión de un intercambio complejo a nivel del sistema familiar.

A diferencia de la familia-grupo de la teorización de Riviere, Berenstein propuso una familia-estructura y Badaracco, a partir de un nuevo dispositivo clínico para la psicosis fundado en el tratamiento familiar propuso la familia-múltiple.

La operación intelectual de Badaracco, ejemplifica lo que varios autores desde el psicoanálisis debieron hacer al ocuparse de la familia: extender la representación de la familia por fuera del ámbito psíquico, sin perder dicha conexión (como Rivière o Berenstein, que trazaron diversos modelos que vinculaban la dinámica grupal familiar con la representación psíquica de la familia en el individuo). (Macchioli, 2009, p. 3)

Para Badaracco la práctica clínica con psicóticos y sus familiares permite conocer mas en profundidad la génesis y estructuración de los procesos internos (identificación proyectiva, características de dureza o labilidad de sus objetos internos, etc.) pudiéndose apreciar en este dispositivo que integra a la familia en la terapéutica, el funcionamiento de los objetos internos “encarnados” afuera, pero siempre dentro de la dinámica del proceso terapéutico. (Sluzki, 1970).

Para otros autores la psicoterapia grupal constituiría el elemento básico y el soporte de las experiencias que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atraviesan a lo largo de su proceso de enfermedad. Considerando la posibilidad de articular e integrar las experiencias individuales en un grupo que además de compartir todo lo referente a la patología esquizofrénica en si misma, pueda compartir y sumar desde las experiencias terapéuticas



por las que han ido transitando a lo largo de su historia. (Silvestre García, M., Ingelmo Fernández, J., & García-Ordás Álvarez, A., 2013).

El tratamiento de la esquizofrenia ha sabido combinar psicoterapia individual y/o grupal, terapias rehabilitadoras y psicofármacos.

Para estos autores la esquizofrenia podría definirse como:

La esquizofrenia es, por tanto, una enfermedad en la que los factores biológicos, psicológicos y ambientales confluyen para dar lugar a un trastorno heterogéneo, que *curso como un proceso*, con múltiples fases (aguda, residual, en remisión) y que presenta manifestaciones psicopatológicas de curso crónico. (Silvestre García, M., Ingelmo Fernández, J., & García-Ordás Álvarez, A., 2013, p. 1).

Desde esta definición puede entenderse que el abordaje terapéutico de esta enfermedad debería estar basado en la integración de los aspectos: biológicos, psicológicos, familiares y sociales los cuales están implicados en la producción de esta patología.

Otros autores como Bion entienden que en la psicosis está alterada la capacidad para pensar la experiencia y dotarla de sentido y significado. Para este autor la incapacidad en la psicosis de dotar de sentido a la experiencia se debe a la agresividad del sujeto hacia sí mismo, que ataca su capacidad de dar sentido a las experiencias.

Para este autor el grupo se define como una suma de individualidades que se encontrarían en el mismo estado de regresión. (Bion, 1997)

Kaës (1996), afirma que existen modelos de funcionamiento del grupo que tienen como fundamento la hipótesis de que el grupo es una organización y un lugar de producción de la realidad psíquica, una entidad relativamente independiente de la de los individuos que lo constituyen.

Y en cuanto a la historia de las primeras teorías del grupo señala que estas trataron al grupo como una entidad generadora de efectos psíquicos propios.

Estas fueron teorías que presentaron a un grupo donde el sujeto desaparece en lo que lo singulariza: su historia, su ubicación en el fantasma inconsciente, la idiosincrasia de sus pulsiones, de sus representaciones, de su represión. Bion se inscribe en esta forma de pensar al grupo.

## **3. Rehabilitación psicosocial**

### **3.1 Definición**

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (1997), subrayan que en sus inicios la Rehabilitación psicosocial “fue una práctica de los viejos hospitales mentales, con técnicas y terminología asociada con los cuidados hospitalarios. Antes se consideraba prevención terciaria y ahora un cuerpo teórico con validación empírica que trata de prevenir y reducir las discapacidades mentales”. De esta manera se destaca la importancia de realizar acciones de prevención como parte de los objetivos de la rehabilitación. (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 1997)

Puntualmente la rehabilitación psíquica, podría definirse como un proceso que para quien sufre un trastorno mental grave puede transformarse en una posibilidad de lograr una nueva forma de ser en el mundo que le permita adquirir bienestar físico, psíquico y social. El desarrollo de autonomías es uno de sus principales objetivos. (Tehaldo, 1985)

Este autor destaca que la rehabilitación debe contar con un equipo interdisciplinario que aplique sus conocimientos individuales adaptándolos a un programa puntual de rehabilitación que articule especializaciones y que no opere de forma fragmentaria sobre los sujetos y tampoco de forma mecánica sino que cuente como condición indispensable con la calidez humana necesaria para ir a su encuentro de forma comprensiva y sensible. Se subraya nuevamente la importancia de la participación de la familia dentro de un encuadre institucional que promueva la flexibilidad de los estereotipos relaciones que conducen a problemas de comunicación que refuerzan más la rigidez propia de la enfermedad.

Incorporando lo desarrollado anteriormente sobre la importancia del dispositivo grupal para el tratamiento de la psicosis vale recordar que es junto a la mirada del otro que en estos casos el cuerpo y las experiencias compartidas se significan y se organizan. El proceso de rehabilitación no debería quedar delimitado en la reinserción y la ocupación del tiempo libre, sino que debe tratarse de la posibilidad de construir un proyecto de vida que se encuentre centrado en la participación del sujeto en su entorno tras haber logrado una inclusión en las redes de intercambio tanto en el plano afectivo, laboral como a nivel de sus derechos ciudadanos. (Rivas, L. F., Velasco, M. E. R., 2005)

Por su parte desde el Consenso Intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) la Rehabilitación se entiende como:

(...) un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. (Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D., 2011, p. 85)

Algunos autores entienden rehabilitación psicosocial como recuperación. Y definen esta Recuperación como un proceso mediante el cual se reconstruyen y desarrollan conexiones personales, sociales, ambientales y espirituales.

Este proceso de reajuste de las actitudes personales, sentimientos, percepciones, creencias, expectativas, roles y objetivos vitales perseguiría el fin de reconstruir una vida con sentido. (De Neuropsiquiatría, A. E., 2003)

### **3.2 Objetivos**

Los objetivos perseguidos en la rehabilitación psicosocial tendrían que ver con la posibilidad de recuperación de la autonomía con el fin de lograr alcanzar su potencial de salud.

Esta concepción de salud alude e incluye la construcción de un proyecto de vida donde sea la propia persona quien adquiera conciencia de su condición ciudadana. (Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D., 2011)

La Rehabilitación Psicosocial se ha constituido como un campo de intervención que adquiere notoria importancia en la atención comunitaria a personas con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia. Busca apoyar y ayudar en el desarrollo de una vida cotidiana dentro de la comunidad donde sea posible el manejo de los diferentes roles que en un medio laboral y social se exigen. (González, J., & Rodríguez, A., 2002).

La rehabilitación psicosocial es, sobre todo, un proceso cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psiquiátricas para que puedan reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible. (González, J., & Rodríguez, A., 2002, p. 12).

Los programas de rehabilitación psicosocial en general plantean como objetivos la posibilidad de desarrollo de competencias personales, el trabajo sobre el entorno de los

afectados, que las personas con TMG (trastornos mentales graves) vivan en la comunidad y no se las mantenga recluidas en instituciones y la creación y desarrollo de recursos y servicios específicos de rehabilitación psicosocial para personas con TMG.

En síntesis el objetivo de la rehabilitación psicosocial en psicosis estaría siempre determinado a poder construir autonomía, una mejor calidad de vida y la posibilidad de lograr la integración social de las personas afectadas. (Gonzalez C., J., Rodriguez, G., A. 2010).

### **3.3 Rehabilitación psicosocial en Uruguay**

Es desde la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que funciona como prestador de servicios de salud, que se conforma la Red de Servicios del Primer, Segundo y Tercer Nivel en Atención de la Salud Mental.

El trabajo: *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay* (2011), nos enseña que el tratamiento de las personas con Trastorno Mental Severo y Persistente se distribuye en las siguientes instituciones:

- Las Colonias Psiquiátricas (Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare), centro de internación donde actualmente funciona el Programa de Egreso Asistido, el Programa de Asistencia Familiar y el Programa de Hogar Sustituto.
- El Hospital Vilardebó caracterizado por su atención a pacientes en el estado agudo de la enfermedad, donde se desarrollan los Programas tendientes a la Rehabilitación, como el Programa de Atención en Crisis (ACRI), Rehabilitación en Sala, Centro Diurno y Psicoeducación, Pasantías remuneradas de Capacitación Laboral en Gastronomía y Tisanería Básica y en Huerta Orgánica, Pasantías de reparación y reciclaje de espacios, muebles y materiales del Hospital y el Programa de Egreso y Enlace.
- Unidad de Coordinación de Egreso Asistido (UCEA) que funciona en el Hospital Vilardebó bajo la coordinación de la Dirección de Salud Mental de ASSE. Opera junto al Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con el objetivo de asistir a los pacientes que a su egreso requieran de un apoyo residencial asistido. Desde esta Unidad se coordinan las Residencias Asistidas y el Hogar de Medio Camino.
- Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales en todo el país.
- Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial.

- Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM)

Históricamente la atención a la “locura” en Uruguay estuvo centrada en un modelo asilar manicomial. La institución central que cumplió con esta función fue el Manicomio Nacional, fundado en 1880 que a partir de 1910 fue llamado Hospital Vilardebó, el cual en la actualidad se caracteriza por ser el hospital de “agudos”. (Ginés, 2003)

El Plan Nacional de Salud Mental (1986) indica que la opción terapéutica que se ofrece de forma prácticamente exclusiva o con mayor porcentaje son la hospitalización y el asilo. Se reconoce la “sobre utilización” del hospital como recurso terapéutico y se afirma que a nivel del M.S.P no se cuenta con planes dirigidos a la prevención en Salud Mental. Los escasos recursos para sostener procesos y espacios de rehabilitación hacen que un pequeñísimo número de pacientes crónicos accedan a ella.

Algunos cambios comenzarían a gestarse a partir de la década del 60 cuando a partir del movimiento de la antipsiquiatría se comienza a cuestionar la intervención en salud mental y el tratamiento de la “locura”, “el cual cuestiona fuertemente el saber psiquiátrico y sus prácticas, procurando fundamentalmente reformar los manicomios, las relaciones que se dan en su interior y poniendo en cuestión la noción misma de enfermedad”. (Bentura, C., Mijtjavila, M., 2013, p.3)

El estudio realizado por estas autoras destaca que recién en 1986 se emite el primer documento oficial que se pronuncia a favor del desmantelamiento del modelo asilar de atención. Las construcciones conceptuales en torno a la enfermedad mental comenzarían a incorporar el objetivo de la rehabilitación y reinserción comunitaria de las personas con trastornos mentales graves. En la Declaración de Caracas de 1990 se reafirman estos postulados. Estos documentos representarían un importante avance en relación al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. (Bentura, C., Mijtjavila, M., 2013)

El Plan Nacional de Salud Mental (1986) propone una reestructura de la Atención Psiquiátrica. Y plantea como objetivo para el tratamiento de Rehabilitación de las Personas con Trastornos Mentales alcanzar equidad y bienestar bajo la consigna de una posible restitución a la sociedad, como personas civilmente activas y productivas, priorizando el goce de los Derechos Humanos.

En nuestro país, el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica fue creado por Ley de la Nación en el año 1948. Por estos comienzos y por las circunstancias en las que se encontraba el sistema hospitalario en cuanto a la atención del enfermo mental grave se actuaba dentro de esta área de asistencia hospitalaria en situaciones muy críticas intentando proteger los derechos de los internos.

A partir del año 1972 el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica comienza a trabajar con el enfermo mental grave, su familia y la comunidad. (Quijano, D., 1998)

En 1998, Quijano define al Centro como: “un puente entre el aislamiento y apragmatismo del paciente y su reintegro a la vida social y laboral, instrumentando para ello un proceso institucional interdisciplinario cuya duración en el tiempo no está prefijado”. (Quijano, D., 1998, p. 21)

El proceso de rehabilitación del Centro se realiza en etapas de: preingreso, evaluación, etapa intermedia y etapa de seguimiento.

Desde un equipo interdisciplinario se trabaja con pacientes estructuralmente psicóticos pero se hace referencia a la importancia de que los mismos posean un potencial o aspectos sanos y que además cuenten con apoyo familiar así como un adecuado tratamiento farmacológico en curso. (Quijano, D., 1998)

Es de interés resaltar la importancia que se le otorga a estos aspectos sanos para el tratamiento de la psicosis y su rehabilitación psicosocial, muy relacionado al concepto de virtualidad sana que propone Badaracco, el cual abordaré más adelante en este trabajo.

En este caso Dinorah Quijano menciona como favorable para la rehabilitación “ciertos aspectos sanos”, como por ejemplo: muestras de interés por el mundo circundante, que existan vínculos con la realidad, la creatividad y que aparezca cierta conciencia de enfermedad. Se destaca entonces dentro del trabajo que realizan a nivel grupal en el Centro, el poder rescatar la singularidad del paciente. Asimismo el trabajo con su núcleo familiar resultaría indispensable debido a que el psicótico muestra una gran dependencia con respecto a la intersubjetividad familiar. Se busca disminuir la marginación que sufre quien carga con el diagnóstico de la enfermedad. (Quijano, D., 1998).

Uruguay también cuenta (entre otros) con el Centro de Rehabilitación Sur Palermo que funciona desde 1987 sin interrupción.

Sur Palermo se constituye en sus comienzos por un grupo de técnicos convocados a trabajar desde un criterio comunitario con las dificultades que un grupo de personas diagnosticadas con trastornos mentales severos poseían a la hora de su inserción social. Este Centro con el paso de los años fue sumando espacios socio-recreativos así como actividades externas que extendían su invitación a pacientes de otros centros bajo el entendido de que para quienes han sido rotulados como “diferentes” la marginación por parte del medio social y familiar es habitual y un centro de rehabilitación debe poder contar con espacios socializadores que habiliten.

También se han coordinado por parte del Centro actividades barriales con el fin de promover una inserción socio comunitaria. (Füllgraf, 2003)

El Centro Sur Palermo sería un buen ejemplo en cuanto a la amplia diversidad de programas de rehabilitación con los que se aborda el tratamiento de los trastornos mentales graves como la psicosis. Entre otros el centro ha contado y cuenta hasta hoy con: programas de psicoeducación de familias, programas de inserción laboral, programas de ocio y tiempo libre y programas de integración comunitaria. (Füllgraf, 2003)

Como aparece aquí el término psicoeducación por primera vez a lo largo de este trabajo considero oportuno detenerme para ofrecer una definición al respecto.

Por psicoeducación se entiende a aquellos procedimientos orientados al paciente y a la familia del mismo caracterizados por dos elementos. En primer lugar, la consideración de que las personas que presentan vulnerabilidad psicobiológica a la enfermedad poseen gran sensibilidad hacia los factores estresantes; factores que pueden provocar un episodio o exacerbar el nivel de los síntomas y disfunciones existentes. Y en segundo lugar la psicoeducación se caracteriza por proporcionar información, habilidades de manejo y soporte social para que la familia encare de modo adaptado lo que significa una afección crónica, con la finalidad de disminuir el estrés y el estigma de padecer la enfermedad. (Casarotti, H., *Et al.*, 2003)

La psicoeducación estaría entonces dirigida al paciente y a su familia. Al paciente en cuanto a mejorar la evolución de la enfermedad con el objetivo de disminuir las recaídas y mejorar el funcionamiento global de la persona optimizando así su reinserción social.

Desde la psicoeducación se fortalecería además la alianza terapéutica con la familia intentando lograr así mayor adhesión al tratamiento.

Se disminuiría también la tensión familiar, denominada también como “emoción expresada” (EE) que sería el clima emocional que rodea al familiar enfermo, indicando aquellos aspectos del ambiente familiar que influyen en el pronóstico. (Casarotti, H., *Et al.*, 200

## **4. Psicoanálisis Multifamiliar**

### **4.1 Jorge García Badaracco**

Presento breve y esquemáticamente a este autor como introducción a sus importantes aportes teóricos para el tratamiento de la psicosis y el proceso de rehabilitación psicosocial en el que esta incluida la familia del usuario.

Este autor nació el 08 de noviembre de 1923. Médico, Diploma de Honor (UBA, 1947). Estudió con Bernardo Houssay (PK) y Luis Federico Leloir (PK). Especializado en psiquiatría y psicoanálisis en París, con Julián de Ajuriaguerra, Henry Ey, Jean Delay, Jacques Lacan y Sacha Nacht. Fundador de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar (1978) Creador de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar y del Psicoanálisis Multifamiliar. Dirigió el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar, para la formación de psicólogos, psiquiatras y otros profesionales médicos, argentinos y extranjeros. Falleció el 11 de Setiembre del 2010. (Fundación Konex, 2010)

### **4.2 Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo propuesto para el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de la psicosis propuesto por Badaracco.**

El Psicoanálisis Multifamiliar es un dispositivo terapéutico con un encuadre psicoanalítico articulado con un conjunto de recursos y conocimientos provenientes de la terapia familiar, el psicodrama, y la terapia grupal, entre otros. En este dispositivo el paciente y su familia pueden realizar procesos terapéuticos compartidos.

La Comunidad Terapéutica se compone hacia 1970 de cuatro estructuras terapéuticas básicas: terapia individual psicoanalítica, terapia grupal comunitaria, terapia del grupo familiar nuclear y grupo familiar múltiple. (Macchioli, 2009)

Cuando Badaracco publicó *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (1990)*:

combinó la utilización de los conceptos psicoanalíticos de la psicodinámica individual, la psicología de grandes grupos y la comunidad terapéutica, con un enfoque teórico sistémico de la dinámica interfamiliar e intergrupal, que facilitaba el diagnóstico y la



resolución terapéutica de patologías familiares crónicas graves en casos de esquizofrenia (Kernberg, 2000, p. 11)

En esta obra, Badaracco describe en detalle su técnica de psicoanálisis multifamiliar y la consolidación de su revolucionario enfoque de la psicoterapia multifamiliar sobre la base de muchos años de investigación y experiencia clínica (Kernberg, 2000).

Este autor sostiene que esta terapéutica es absolutamente compatible con el tratamiento psicofarmacológico, la psicoterapia y los procesos de rehabilitación psicosocial, considera que esta tríada constituye una óptima terapéutica para el tratamiento de la esquizofrenia crónica. Resaltando la importancia de atender la faceta orgánica y bioquímica de la enfermedad, resalta que los pacientes mentales necesitan mucho más para poder salir del hospital psiquiátrico y volver a integrarse de alguna manera a la sociedad. (Badaracco, 2000).

Badaracco entiende que las sesiones multitudinarias constituyen un continente de la expresión de la patología del paciente psicótico dentro del contexto multifamiliar, recontextualizando gradualmente su comportamiento como una referencia encubierta a los conflictos reales dentro de su correspondiente estructura familiar y trabajando simultáneamente la resonancia en otros grupos familiares presentes en esas sesiones.

La terapia multifamiliar lograría de este modo actualizar un cierto conflicto bajo las variadas versiones o formas en que se presentaría en las diferentes constelaciones familiares. Mediante este dispositivo de trabajo Badaracco describió lo que llamo "activación de objetos enloquecedores", haciendo referencia a las representaciones primitivas internalizadas que luego el paciente re proyectaría en los miembros de su familia. Observando como en las sesiones multifamiliares se activa también un mecanismo por el cual inconscientemente los familiares muestran como han contribuido a perpetuar esa relación con estos objetos enloquecedores. (Kernberg, 2000).

Uno de los fines que perseguiría el trabajo en este dispositivo propuesto por Badaracco es poder destrabar aquellas alianzas de tipo patógenas a las cuales recurre frecuentemente la psicosis esquizofrénica.

Es de interés destacar que el tema de la familia normal y patológica ha sido objeto de estudio de diversos autores a lo largo de los años con respecto a la psicosis esquizofrénica, la diferencia en el abordaje de Badaracco podemos ubicarla en que este

autor partió de una familia enferma como totalidad. Badaracco subraya que en la familia se encuentra el contexto real de crecimiento y desarrollo psicológico de los individuos. (Badaracco, 1978).

### **4.3 *Virtualidad sana***

El Psicoanálisis Multifamiliar propone pensar la patología mental desde la virtualidad sana. Este concepto es uno de los más discutidos con respecto a la conceptualización de enfermedad que realiza Badaracco.

Este autor entiende que existe en el enfermo una virtualidad sana y que la misma puede desarrollarse a través del proceso terapéutico que le da a la persona que sufre, un espacio en el que pueda tener experiencias creativas de recursos yoicos nuevos para poder vivir lo que le resultaba invivible y pensar lo que no podía pensar antes (Badaracco, 2006).

En este autor el concepto de virtualidad sana parece estar muchas veces ligado a la presencia de un potencial virtual que cambiaría el enfoque de la intervención y del tratamiento de la persona y de la familia, con un énfasis especial en la estimulación de recursos yoicos a través de la reproducción de un lugar natural de crecimiento.

Badaracco sostiene que mirar a un enfermo como “enfermo” es potencialmente enfermante. Este autor considera que siempre existe una virtualidad sana en la persona por más enferma que se encuentre. “En la familia, a partir de un “brote” psicótico, todos cambian totalmente la manera de ver a esta persona, y entran, en un círculo vicioso enfermante”. (Badaracco, 2006b, p. 1)

Badaracco propone a través de este concepto de virtualidad sana que la lectura de un “brote” psicótico en el seno de una familia pueda ser leído también como oportunidad de cambio de la dinámica familiar.

La idea de la existencia de una virtualidad sana remite a una forma de pensar la salud y la enfermedad mental, con respecto a la cual este autor sostiene a lo largo de su obra que para el tratamiento de la psicosis se parte de la evidencia clínica de déficit de recursos yoicos específicos para enfrentar y resolver una situación en particular, en la dimensión de las relaciones humanas.

La psicosis ha sido estudiada por el psicoanálisis como una estructura narcisista en la que el Yo ha retirado su libido del mundo exterior.

Con respecto a este concepto Badaracco sostiene que además, existen aspectos carenciales de recursos propios en esta enfermedad que no pudieron desarrollarse debido al clima emocional en que emergió la enfermedad. Plantea en base a esto la necesidad de un proceso terapéutico familiar para un “redesarrollo” de cada uno de los miembros incluido el paciente. (Macchioli, 2009).

#### **4.4 Interdependencias patógenas**

Badaracco sostiene que las resistencias más importantes para poder ayudar a un paciente a desarrollar su virtualidad sana, surgen del mismo paciente debido a que en el mundo interno de ese paciente existen presencias enfermantes de los otros en nosotros, que han impedido y siguen impidiendo que esa virtualidad sana se pueda expresar.

Estas presencias enfermantes serían definidas por este autor como las relaciones con las presencias internalizadas o identificaciones que él denomina como los “otros en nosotros”. (Badaracco, 2000).

Badaracco entendía que en el desarrollo normal, las conductas son primero actuadas y más adelante interiorizadas en forma de pensamiento sin acción exterior. A diferencia de esto en el funcionamiento mental patológico la característica más sobresaliente sería la irracionalidad y lo compulsivo debido a la falta de un sí-mismo autónomo con identidad propia.

Podríamos comprender lo compulsivo como aquello que se encuentra ligado a las situaciones traumáticas, de modo que la compulsividad patológica es una condensación de vivencias primitivas con necesidad de vehiculizar tanto reproches vengativos dirigidos a los padres de la infancia, como reclamos, igualmente compulsivos, desde una necesidad de asistencia de un otro estructurante que le permita al sujeto enfrentar la situación que se presenta con características traumáticas.

Estos reproches vengativos y reclamos compulsivos que en general se producen en la transferencia psicótica, son en realidad un intento sano, expresado a veces de manera loca, de salida de un repliegue autista. Implica un pedido de ayuda para que otro descubra y rescate al ser vulnerable que quedó detenido en el desarrollo. (Mitre, 2007).

Desde este mismo lugar teórico se entiende que los delirios son formas crípticas de verdades y denuncias que el sujeto no puede expresar porque sus recursos yoicos están tan empobrecidos que no consigue expresar directamente lo que siente. Su baja capacidad de simbolización se debe a que no ha adquirido el cambio estructural inherente a la disolución del complejo de Edipo. Por eso se considera que funcionan desde identificaciones patológicas con las personas que los habitan a través de interdependencias enloquecedoras, sin poseer conciencia de esto.

Este estar habitados por otros los mantiene tironeados por exigencias y mandatos de voces que ordenan, descalifican y no lo habilitan a ser desde un sí mismo. De este hecho devendría la necesidad de actuación y expresión a través del delirio. (Badaracco, 2006).

El problema de la psicosis para Badaracco no estaría determinado por esta característica tan mencionada de quedar por fuera de la realidad, sino que lo complejo podría proponerse como la falta de recursos para tolerar la realidad dentro de la que se encuentra el sujeto.

Badaracco pone mucho énfasis en la historia familiar, y así como lo hizo Lacan se considera a la figura paterna (la terceridad) como fundamental para servir al hijo de modelo estructurante de capacidades yoicas que le permitan pasar de ser para la madre a ser el padre para luego poder ser para sí mismo.

La presencia del padre es considerada favorable porque permite que el niño se desprenda sanamente del vínculo simbiotizante con la madre.

Este autor considera que la identificación es una forma de funcionamiento de una presencia en el mundo interno que forma parte de la dinámica intra-psíquica que tiene que ver con la intersubjetividad. La intersubjetividad remite a su vez a un aspecto de la relación con el otro, y ésta relación se manifiesta también en lo intra-psíquico, en las relaciones con las presencias internalizadas que serían los otros en nosotros.

Por estos motivos los procesos identificatorios para Badaracco (1979) resultarían básicos en la estructuración de la personalidad, debido a que serían esenciales en:

- La organización del Yo en sus diferentes etapas.
- La canalización de las vicisitudes de la libido.
- La contribución a la elaboración y resolución del complejo de Edipo y la formación del Superyó y del Ideal del Yo.
- La estructuración del aparato psíquico.

- Tienen un papel importante en el aprendizaje, la empatía, la capacidad de pensar, la simbolización, del lenguaje y la creatividad.
- Intervienen en el mecanismo de elaboración onírica, las fantasías inconcientes, los ensueños diurnos y en la formación de síntoma.
- La capacidad de elaborar o no conflictos, que dependerá en gran medida de las características del funcionamiento mental puesto en acción para elaborarlos, pero que también dependerá de los objetos parentales que han sido incorporados por identificación y que en la patología mental severa juegan un papel fundamental como presencias alienantes y enloquecedoras que impiden la resolución de conflictos.

En síntesis se podría arribar a la conclusión de que según cómo se produzcan las identificaciones, serán más o menos favorecidos el crecimiento, el desarrollo y la autonomía de los individuos

Badaracco sostiene que hay identificaciones normogénicas e identificaciones patogénicas. Las normogénicas permiten la creación de un espacio mental propio dentro del cual se puede sentir y pensar como individuo y en las familias en las que aparece patología, habrá un predominio de identificaciones patogénicas, que son alienantes y que se relaciona al concepto de presencias enloquecedoras.

Estas presencias intrusivas actúan sádicamente sobre el sujeto atrofiando su desarrollo normal y haciendo que el sujeto viva su espontaneidad como amenazante y peligrosa, funcionando de este modo, como amplificador de las angustias primitivas, en vez de tranquilizarlas. (Mitre, 2007)

#### **4.5 Mente en trama y *transferencia psicótica***

Considero importante destacar el concepto de mente en trama propuesto por Badaracco como uno de los pilares que sostienen y organizan el trabajo en las sesiones multifamiliares.

Para este autor es la trama la que habilita para la transformación y la expresión de conflictos y sufrimientos psíquicos.

En el Psicoanálisis Multifamiliar el paradigma de la mente es justamente esta mente en trama, que refiere a una mente ampliada donde se reconoce la presencia de los “otros en nosotros”. La idea de compartir experiencias afectivas tiene como objetivo alcanzar un aprendizaje emocional que permita funcionar de forma consensuada.

En los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, pueden visualizarse diferentes vínculos de interdependencias patógenas que tienden a repetirse compulsivamente en las relaciones de los pacientes con sus familiares. Estos vínculos se reproducen dentro del grupo multifamiliar, aportando oportunidades y posibilidades para ser elaborados en los procesos terapéuticos tanto familiares como individuales (Badaracco, 2000).

Badaracco sostiene que la transferencia psicótica despliega una intensidad sobre la que puede comprenderse que la técnica analítica por si sola no es aplicable al paciente psicótico.

Este autor afirma que la transferencia con estos pacientes trae la fuerza irracional de las convicciones delirantes y posee características compulsivas similares a los fenómenos patológicos que Freud describió dentro del concepto de compulsión a la repetición. Resalta Badaracco de este mecanismo la necesidad de encontrar a otro con recursos yojicos que no tuvieron los padres reales para poder retomar el proceso de desarrollo psico-emocional detenido en la infancia. (Badaracco, 2000)

Badaracco plantea que la transferencia psicótica puede contener una intensa fuerza pero debe entenderse que las personas a las que está dirigida las actuaciones son meramente sustitutos que vienen a representar figuras significativas de la historia personal del sujeto.

La transferencia psicótica, en la que el paciente puede agredir, insultar y/o reprochar al analista de manera muy violenta, puede destrabarse y amortiguarse, solamente en un contexto de seguridad que brinda la presencia de muchos terceros -pacientes, familiares y terapeutas- que puedan incluirse en la trama patógena. De manera tal que, tanto el analista como paciente se sienten contenidos en esa transferencia psicótica, que por momentos puede ser de una violencia extrema, al ser amortiguada a través de esos otros que intervienen en el contexto del Psicoanálisis Multifamiliar. (Mitre, 2007)

## **Consideraciones Finales**

Junto al recorrido bibliográfico realizado nacen nuevas inquietudes con respecto a la rehabilitación psicosocial de la psicosis esquizofrénica.

Al realizar una revisión histórica de la conceptualización de este particular sufrimiento psíquico, comenzó a manifestarse desde un principio la gran estigmatización que parece no ofrecer ninguna oportunidad a quien lleva el diagnóstico de “loco” a ser pensado desde aspectos más saludables y menos aún a la posibilidad de pensarlo como parte de un contexto patógeno.

No conforme con las definiciones que hablan de un episodio de quiebre existencial, y dirigen el tratamiento de la psicosis hacia el acompañamiento terapéutico de la familia y el usuario para poder procesar duelos de la persona “pérdida”, encontré en el psicoanálisis multifamiliar propuesto por Badaracco, otras respuestas y algunas inquietudes más parecidas a las mías para continuar reflexionando sobre este tema y la complejidad tanto de su abordaje clínico como de su comprensión a nivel humano.

Mientras que el concepto de quiebre existencial resuena como una experiencia en la que el sujeto se encuentra solo y con un pronóstico muy parecido a la muerte (de ahí que se hable de duelo), poder pensar el momento de crisis como posible denuncia de una realidad psíquica intolerable de la que participan otros, adquiere una dimensión donde se admite y reconoce un psiquismo que depende de otros para lograr un desarrollo psicológico y que talvez solo requiere de otros “auxiliares” para lograr un redesarrollo de lo que no pudo alcanzarse en etapas tempranas.

El psicoanálisis describe la construcción de psiquismo a través de mecanismos de identificación. Existe una tendencia a valorar estas identificaciones como actos psíquicos inamovibles.

Badaracco propone con respecto a esto que la identificación es una forma de funcionamiento de una presencia en el mundo interno, la cual formaría parte de la dinámica intrapsíquica que se encuentra relacionada con la intersubjetividad y nace de la relación con los otros.

Por este motivo las identificaciones poseerían la capacidad de rearmarse, realimentándose en las interdependencias que se ponen en juego en la intersubjetividad.

Con esto se estaría proponiendo que las identificaciones son susceptibles de cambios.

Con la creación de los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, Badaracco pudo observar el funcionamiento mental de los pacientes mentales graves en interacción con el mundo y con ellos mismos. Observó que la red de interacciones en los funcionamientos mentales patológicos está realimentada en relaciones de interdependencia que actúan con poder patógeno. (Mitre, 2003).



## **Referencias bibliográficas.**

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4a. ed. revisada). Barcelona: Masson.

Arevalo, C., Errandonea, V., Pezzani, G., Yañez, A. (2007). Algunas reflexiones sobre la afectividad en la esquizofrenia. *Itinerario*. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/OctavoNumero.htm>

Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). Declaración de consenso WAPR. Recuperado de [http://www.wapr.info/World\\_Association\\_for\\_Psychosocial\\_Rehabilitation\\_WAPR/Documents\\_files/WHO\\_WAPR\\_Declaracion\\_de\\_consenso\\_esp.pdf](http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf)

Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Báez, J. (2007). Intervención en la psicosis desde el psicoanálisis. *Tesis psicológica*. N° 2, 103-110. Recuperado de la base de datos Dialnet: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3865544.pdf>

Báez, J., Rodríguez, R., Velosa, J., & Karam, J. M. (2010). *Análisis de resultados sobre el aporte del dispositivo analítico en casos de psicosis en una institución clínica*. pp. 87-93. Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores. Recuperado de [http://www.ulibertadores.edu.co:8089/recursos\\_user/9%20AN%C1LISIS%20DE%20RESULTADOS%20SOBRE%20EL%20APORTE%20DEL%20DISPOSITIVO%20AN%C1LITICO%20EN%20CASOS%20DE%20PSICOSIS%20EN%20UNA%20INSTITUCI%20D3N%20CL%20CDNICA.pdf](http://www.ulibertadores.edu.co:8089/recursos_user/9%20AN%C1LISIS%20DE%20RESULTADOS%20SOBRE%20EL%20APORTE%20DEL%20DISPOSITIVO%20AN%C1LITICO%20EN%20CASOS%20DE%20PSICOSIS%20EN%20UNA%20INSTITUCI%20D3N%20CL%20CDNICA.pdf)

Báez, J. (2012). El delirio y el discurso. Débiles referentes para arbitrar en la salud mental. *Tesis psicológica*. N°7, 18- 39. ISSN 1909-8391. Recuperado de la base de datos Dialnet <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4112126>

Bentura, C., & Miiitjavila, M. (2013). Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. *Revista Brasileira de História da Ciência*. 1- 9. Recuperado de [http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733\\_ARQUIVO\\_dispositivosposmanicomiales.pdf](http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf)

Berenstein, I. (1984). *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. R. (1966). *Aprendiendo de la Experiencia*, Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. R. (1997). *Experiencias en Grupos*, Buenos Aires: Paidós, 2ª reimpresión.

Casarotti, H., Pardo, V., Labarthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, M., & Martínez, A. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(1), 76-110.

Cosentino, M. F. (2010) La familia en la psicosis: ¿Aporte o soporte? Contribuciones de García Badaracco y Berenstein durante los años' 70 en Argentina. Recuperado de [http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Cosentino\\_familia\\_psicosis.rtf](http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Cosentino_familia_psicosis.rtf)

Costas Antola, A. (2001). La psicosis en la obra de Bion. *Fernández, E. Diagnosticar la psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.

De Neuropsiquiatría, A. E. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. *Norte de Salud mental*, N°17, 62-63.

Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

Ferrali, J. C. (2004). Consideraciones Introdutorias en Clínica, Psicopatología, Nomenclatura y Clasificación. *Hojas clínicas de Salud Mental* (2). 5-13. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616/psicofarmacologia/material/consideraciones\\_introdutorias.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616/psicofarmacologia/material/consideraciones_introdutorias.pdf)

Ferruta, A. (2014). El camino de narciso<sup>1</sup>, 2. *Temas de psicoanálisis* (8). 1-16. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wpcontent/uploads/2014/07/Anna-Ferruta-pdf1.pdf>

Freud, S. (1911). Puntualizaciones sobre un caso de paranoia descripto autobiográficamente. *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 12) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14) Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1924a). Neurosis y psicosis. 1992. *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 19) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924b). La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 19) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. 1991. *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 23) Buenos Aires: Amorrortu.

Füllgraf, M. E. (2003). *Rehabilitación Psicosocial*. VI Jornadas de Psicología Universitaria. Montevideo. Facultad de Psicología. 504-507.

Fundación Konex. (2010). *Jorge García Badaracco Premio Konex 1986: Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.fundacionkonex.org/b1083-jorge-garca-badaracco>

Gabbard, Glenn. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Barcelona: Ed. Medica Panamericana

García Badaracco, J. (1978). Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico. *Revista de Psicoanálisis* (Vol. 35), N°3, 529-578.

García Badaracco, J. (1979). El complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (Vol. 59), 59-90.

García Badaracco, J. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecni publicaciones.

- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- García Badaracco, J. (2006a). *Demonios de la mente. Biografía de una esquizofrenia*. Buenos Aires: Eudeba.
- García Badaracco, J. (2006b). *Virtualidad sana. Una nueva manera de pensar la mente y la salud mental*. Buenos Aires.
- Ginés, A. (2003) La honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* N°2 (Vol. 67), 172-180.
- Gonzalez C., J., Rodriguez, G., A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, (Vol.21), n.3, pp. 319-332. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es&nrm=iso) ISSN 1130-5274.
- González, J., Rodríguez, A. (2002). *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Hornstein, L. (1991). Diálogo con Piera Aulagnier. *L. Hornstein et al. Cuerpo, historia, interpretación, de lo originario al proyecto identificador*. 360-379. Buenos Aires: Paidós
- Jaroslavsky, E. (2008). Contrato narcisista. *Revista: Psicoanálisis & Intersubjetividad*, (4), 1-7. Recuperado de <http://www.promefit.net/jaroslavsky.pdf>
- Kaës, R. (1996). El estatuto teórico-clínico del grupo. *Cuadernos de Psicología*. Recuperado de <http://www.elortiba.org/faunapsi.html> <http://www.elortiba.org/kaes1.html>
- Kaës, R. (2006). *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R., Segoviano, M. (2007). *Un singular plural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaplan, B., Sadock, V. A. (2004). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta- Psiquiatría clínica*. (9a. ed). Barcelona: Waverly Hispánica SA.
- Kernberg, O. (2000). *Prólogo. En J. García Badaracco. Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En *Obras completas*, (Vol. 1) Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1977). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides 1946. En *Obras completas* (Vol. 3) Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1987). Envidia y Gratitud y otros trabajos. En *Obras completas* (Vol. 3) Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1998) *Seminario libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1974). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor S.A.

- Losso, R. (2001). *Psicoanálisis de la familia. Recorridos teórico-clínicos*. Buenos Aires: Lumen.
- Macchioli, F. (2009). La psicosis en la familia: modelo para armar. Jorge García Badaracco y la versión de algunos conceptos psicoanalíticos (1960-1979). *Actas de las Primeras Jornadas de Historia, Psicoanálisis y filosofía*. Recuperado de [http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Macchioli\\_Badaracco\\_Psicosis\\_Familia.htm](http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Macchioli_Badaracco_Psicosis_Familia.htm)
- Martínez Tehaldo, R. (1985). Psicoterapia Institucional. En *Héctor Puppo y Alejandro Bianchi (Eds.), Avances Terapéuticos en Psiquiatría* (pp. 203). Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica
- Martínez Tehaldo, R. (1990). ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Por qué? Rehabilitar. Cuadernos de Rehabilitación, Nº 1: 5-20, Montevideo, C.N.R.P.
- Mendilaharsu, C. y Acevedo de Mendilaharsu, S. (1987). Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.apuruquay.org/apurevista/1980/1688724719876602.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (MSP). (1986). Plan Nacional de Salud Mental. (PNSM) Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>
- 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.
- Mitre, M. E. (2007). *Las voces de la locura. Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Nasio, J. D. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Pryor, C. (2010). *Las tesisas de Belgrano*. (Tesina). Facultad de Humanidades Licenciatura en Psicología Universidad de Belgrano. Buenos Aires.
- Quijano, D. otros (1998). *A propósito de los 25 años de la rehabilitación psicosocial del enfermo mental en el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica*. IV Jornadas de Psicología Universitaria. Montevideo. Facultad de Psicología, 13-24.
- Rivas, A. (2014). *Escuela para padres*. Sociedad Psicoanalítica de México. Recuperado de <http://spm.mx/home/escuela-para-padres/>
- Rivas, L. F., Velasco, M. E. R. (2005). El cuerpo del psicótico en la trama generacional. *Anuario de investigación*. México. (pp. 534-550) Recuperado de [http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/capitulos/36-1259idk.pdf](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/capitulos/36-1259idk.pdf)
- Riviére, E. P. (2008). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Silvestre García, M., Ingelmo Fernández, J., & García-Ordás Álvarez, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 289-300. doi: 10.4321/S0211-57352013000200005

Sluzki, C., Berenstein, I., Bleichmar, H. & Maldonado Allende, I. (1970). Patología y terapéutica del grupo familiar. *Actas del Primer Congreso Argentino de Psicopatología del Grupo Familiar*. Buenos Aires: Acta.

Soler, C. (2008). Estudio sobre las Psicosis. Buenos Aires: Manantial.

Solimano, Alberto Luis. (2009). Clínica y psicoterapia de las Psicosis. *Vertex Revista argentina de psiquiatría*. (Vol. 20), N. 85. Recuperado de <https://www.polemos.com.ar/1.com.ar/docs/vertex/vertex85.pdf#page=69>

Tizón, J. L., y otros. (2004). La esquizofrenia en atención primaria: El Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica, *Atención Primaria*, 2004. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707708569>

Tizón, J. L. (2007a). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n1/v29n1a03.pdf>

Tizón, J. L. (2007b). Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis. Barcelona: Herder.

Vega, E. (2013). Psicoanálisis ¿familiar?. Sociedad Psicoanalítica de México. Recuperado de <http://spm.mx/home/psicoanalisis-%C2%BFfamiliar/>

Winnicott, D. (2009). *Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico*. Escritos de pediatría y Psicoanálisis. (pp 429) Barcelona: Paidós.