

Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco

Iñaki Markez

Psiquiatra. CSM de Basauri

Breve BIOGRAFÍA

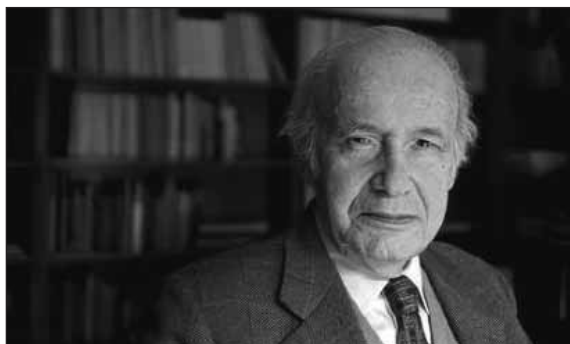
En la Argentina pocos pueden decir que estudiaron con Jacques Lacan, en París, o con los premios Nobel Bernardo Houssay y Federico Leloir, en Buenos Aires. Hoy, a los 85 años, este médico psiquiatra y psicoanalista sigue siendo un referente internacional.

Se graduó como médico en Buenos Aires en 1947. Pronto, en 1950, se trasladó a París para completar su formación psiquiátrica y psicoanalítica, trabajando junto al Profesor Julián de Ajuriaguerra en el hospital de Santa Ana, creando el Servicio de Relajación Corporal.

Fue Assistant Étranger de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (Cátedra de Psiquiatría) en 1953. Entró en contacto con otras personalidades de la psiquiatría y del psicoanálisis de la época como Henry Ey, Hecaen, Nacht, Levobici, Paul Girau, Jean Delay, y otros muchos. Durante esta estancia es aceptado como miembro adherente de la Sociedad Psicoanalítica de París.

En 1957, siendo miembro Asociado de la Sociedad Psicoanalítica de París, regresó a Buenos Aires. Fue profesor de Neuropsiquiatría de la Universidad de Mendoza y en 1958 obtiene por concurso una Jefatura de Servicio en el Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires. Ese mismo año, creó la primera residencia

médica en psiquiatría y donde se formaron importantes psiquiatras. Obtuvo el título de Doctor en Medicina en la misma facultad (1961).



Jorge E. García Badaracco, 9 de octubre de 2005.

En 1962, decidió realizar reuniones multitudinarias en su sala del Hospital Borda, con pacientes, familiares, enfermeros y profesionales y después crear en el hospital la primera Comunidad Terapéutica de orientación Psicoanalítica donde el grupo multifamiliar se va convirtiendo en soporte de todo el andamiaje terapéutico. Lo hizo siguiendo los principios de Comunidad Terapéutica de diversos ilustres de la época, en especial por Maxwel Jones, aportando sus peculiaridades basándose en su formación psicoanalítica que le permitió profundizar en la psicopatología individual, prestando atención a la dimensión relacional.



Al año siguiente de la asunción de la Jefatura de Servicio crea la primera Residencia Médica en Psiquiatría. Con esta estructura docente y asistencial va desarrollando sus concepciones sobre la Comunidad Terapéutica de Orientación Psicoanalítica. En esta experiencia, años después, en 1964, crearía el primer Hospital de Día mixto de Buenos Aires para pacientes psiquiátricos, con el fin de proporcionar tratamiento ambulatorio a los pacientes que iban dejando la internación.

En 1968, a raíz de diversos avatares de la vida político-institucional en el Hospital Neuropsiquiátrico, abandona el mismo y funda una clínica privada en la cual desarrolló y profundizó su filosofía asistencial y la dirige durante 25 años (DITEM). Como consecuencia de esta experiencia publicó su libro “La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar”, y más tarde, desarrollado en su último libro “El Psicoanálisis Multifamiliar” trabajos centrados en el grupo multifamiliar, con aportaciones novedosas en la clínica y en la meta-psicología psicoanalítica, aportes que se inscriben en la línea del pensamiento complejo que permite en un solo abordaje terapéutico trabajar simultáneamente la dimensión individual, familiar y social de la mente.

Durante la década que dura su experiencia hospitalaria desarrolla los cimientos de su ideología terapéutica, en donde el proceso terapéutico ocupa el centro del quehacer asistencial, dando sentido a la integración de recursos terapéuticos.

Fue profesor adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires desde 1972. Entre 1980 y 1984 fue Presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y en 1991 candidato a la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Miembro Fundador de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar y vice-presidente de la misma entre 1979 y 1984; Miembro Titular de la Asociación Médica Argen-

tina y de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; Profesor Adjunto de la Primera Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

En 1987 es nombrado catedrático de psiquiatría y asume la dirección del Departamento de salud Mental de dicha facultad.

Premio Konex 1986 de Psicoanálisis, y Jurado Premios Konex 1996 de Humanidades. Miembro de Honor de A.P.A.G. en 1995. En junio del 2005, en el Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina, recibió el premio Maestro de la Medicina Argentina, la consagración de una trayectoria y el reconocimiento público a la labor de toda una vida.

En la actualidad es Profesor Emérito y continúa su labor asistencial con grupos multifamiliares en los Hospitales Neuropsiquiátricos J.T. Borda y B. Moyano de la Ciudad de Buenos Aires, y en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Continúa publicando sus trabajos y desarrolla conferencias en su país y en el extranjero.

Este junio de 2009 es esperado en Bilbao con ocasión de las Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar: la dimensión individual, familiar y social de la mente donde oportunamente se le rinde homenaje(*). Situados con una parte de sus aportaciones en el psicoanálisis y la psiquiatría, entrevistamos al profesor para conocer algunas de sus opiniones.

—*De los años de formación neuro-psiquiátrica y psicoanalítica, en París y en Buenos Aires, hasta la actualidad han pasado muchas cosas: el abandono de la investigación neuro-patológica, la impronta psicoanalítica, la aparición de psicofármacos eficaces, el predominio de los tratamientos farmacológicos, el sesgo biologicista o la psiquiatría globalizada de los DSMs. En la actualidad ¿Cómo ve el estado de salud de la psiquiatría y del discurso psiquiátrico general?*

(*) A última hora, no pudo acudir por motivos de salud.



JGB: Es una pregunta difícil de contestar por la complejidad inherente al tema. En forma muy simplificada, veo algunas problemáticas dilemáticas, producto de enfoques parciales que no respetan la complejidad de la naturaleza misma de la enfermedad mental.

Por una parte, el hecho de que el psicoanálisis, que despertó una enorme esperanza, haya encontrado algunos “límites” propios de su método, ha dado lugar a que se haya ido desdibujando su verdadero valor y la potencialidad intrínseca a los descubrimientos originales de Freud y sus seguidores. La tendencia a no poder integrar los diferentes desarrollos dio lugar a la aparición de múltiples escuelas psicoanalíticas y no psicoanalíticas, que compitiendo en la búsqueda de prestigio se esterilizan recíprocamente, perdiendo la oportunidad de aprovechar en una integración superadora la riqueza intrínseca a cada enfoque.

Por otra parte, una fuerte tendencia “cientificista” a clasificar las enfermedades mentales como si fueran “cosas”, perfeccionando el conocimiento de los síntomas, ha dado lugar a que se pierda, al mismo tiempo, el objetivo principal de ayudar a los pacientes a curarse a partir de la ‘virtualidad sana’ de todos los seres humanos, por más enfermos que estén.

Por mi parte, creo haber podido desarrollar un nuevo enfoque y una nueva manera de pensar, que es lo que he llamado el Psicoanálisis Multifamiliar, que es un contexto multitudinario y social, que conducido adecuadamente, se convierte en un “laboratorio” en el que es posible investigar, aprender y curar, al mismo tiempo que ofrece un sinnúmero de oportunidades para resolver las diferencias aparentemente irreconciliables de las escuelas a las que nos referimos antes, e integrar conocimientos y teorías, pudiendo respetar más la complejidad y al mismo tiempo la singularidad inherente a cada ser humano.

—¿Cómo valora el **estado actual del Psicoanálisis**? ¿Cuál es el lugar del psicoanálisis en la clínica actual y en la formación? En Argentina, en España y a nivel internacional. Parece que entre los sectores más jóvenes de quienes intervienen en el campo de la salud mental hay menos “vocaciones” que se acogen a la psicoterapia y el psicoanálisis, y sin embargo el grado de productividad de las corrientes psicoanalistas es elevado.



Premios Konex 1986, Diplomas al Mérito: Humanidades y Psicoanálisis. Los ganadores: Emilio Rodríguez (2° por la izda.), Jorge García Badaracco (3° por la izda.), Celes Ernesto Cárcamo, Rafael Mariano Paz, Ángel Garma (1° por la derecha)

JGB: Esta pregunta es interesante porque se refiere a una aparente contradicción. Hay menos vocaciones porque, como dije antes, se ha diluido la esperanza que despertó el psicoanálisis en su origen. Pero al mismo tiempo, el grado de productividad de las corrientes psicoanalíticas es elevado porque es la expresión del potencial no desarrollado todavía del psicoanálisis mismo.

En ese sentido, tengo una fuerte convicción de que, entre otras bondades, el Psicoanálisis Multifamiliar recupera el verdadero potencial del psicoanálisis, y al mismo tiempo, la esperanza en su poder curativo.

—Cuando uno reflexiona acerca de la situación de su país, Argentina, con esa imagen de todos psicoanalizados podemos descubrir que en la



actualidad hay muchos dirigentes políticos, sociales, empresariales o profesionales que en algún momento pasaron por el diván, o por la terapia. Pero visto el ir y venir de estas últimas décadas, ¿qué terapia han hecho si no entendieron su responsabilidad social? Y desde el terapeuta, ¿qué responsabilidad tienen los psicoanalistas? O los otros terapeutas...

JGB: Si bien el psicoanálisis bi-personal y las diferentes formas de psicoterapia tienen un gran poder curativo, y en ese sentido contribuyen a que las personas sean mejores personas, no se puede esperar que el pasar por el diván o por la terapia garantice una capacidad superior para asumir una responsabilidad social, que pueda neutralizar las 'tramas patógenas actuales' en la sociedad.

En ese sentido, el Psicoanálisis Multifamiliar podría ser una respuesta idónea para conocer mejor la verdadera naturaleza de lo que acabamos de llamar tramas patógenas, y poder así desarrollar recursos válidos para no quedar incluidos en ellas e impotentizados como ciudadanos.

—Freud descubrió que el sentimiento de culpa no solamente puede ser consciente sino también inconsciente, y puede ser un factor de enfermedad, puede producir angustia y dificultar hacer las cosas adecuadamente. Hoy día, parece como si hubiera personajes públicos que carecen de sentimientos de culpa y pueden hacer daño sin darse cuenta. Es el típico psicópata que aparentemente no tiene culpa de nada. En política o en otras responsabilidades, todo se justifica. ¿Será que no les habrán "sacado" la culpa?

JGB: Coincido con que hoy en día "parece que hay personajes públicos que carecen de sentimientos culpa y hacen daño sin darse cuenta". Los psiquiatras hemos descubierto que el psicópata se "fabrica" en una familia con características psicopáticas, que le ha hecho sentir desde pequeño sentimientos de culpa intolerables, y lo ha obligado a neutralizar y

negar estos sentimientos de culpa, identificándose con los personajes enfermizos y enfermantos de su entorno, que siendo al mismo tiempo culpógenos, produjeron daño sin darse cuenta.

Pero la psicopatía, que tiene un poder patógeno como si fuera "contagiosa", tiene también la capacidad de "dar réditos" que se realimentan permanentemente en el contexto social. Estos fenómenos son muy complejos y no pueden ser abordados por el psicoanálisis: necesitan contextos multitudinarios de respeto recíproco, tales como los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, que permitirían desarrollar ciertos recursos nuevos, para poder lograr cambios positivos en la sociedad.

—¿Acaso necesitamos de los héroes de masas, de los mitos, de los ídolos para identificarnos con ellos? ¿Está tan débil nuestra estima social como para llegar a estos estados? No se si es el caso de muchos, muchos argentinos que han de recurrir a estas figuras para sentirse fuertes ¿Esto ocurre siempre?

Parece que necesitamos valores culturales. Ante las crisis económicas, la pobreza, las dificultades educativas, ante las muchas alarmas ¿Por donde caminar? Esos héroes del fútbol levantan el ánimo por un rato pero después... ¿Quién formará la personalidad? ¿Qué papel pueden tener aquí los profesionales de la salud mental? ¿O los psicoanalistas?

JGB: A través de la historia, siempre hubo héroes de masas, mitos e ídolos, con los que la gente se identificó, movida por la necesidad de "llegar a ser" inherente al ser humano. Es evidente que la anomia cultural es un campo de cultivo que incrementa la indefensión y la necesidad de ídolos con los cuales identificarse de manera masiva para "ser" el ídolo y no para "llegar a ser" alguien.

Los profesionales de la salud mental, a partir de los intentos de curar a los enfermos,



hemos descubierto que la tarea más útil es la prevención. En ese sentido, el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, por ser multitudinario, heterogéneo y abierto, permite desplegar un efecto terapéutico multiplicador en diversas dimensiones de la sociedad y de la mente. Al mismo tiempo que tiene un poder curativo al trabajar con pacientes mentales graves y sus familias, funciona preventivamente como Escuela de la Vida Cotidiana, como Escuela para Padres e Hijos, como Escuela para Maestros, como Escuela Empresarial, etc.

Por el propio diseño del encuadre en que se realiza, el Psicoanálisis Multifamiliar permite abordar las diferentes formas de patología social, como la violencia familiar, la drogadicción, la delincuencia, los diversos problemas de discriminación, etc., que el psicoanálisis individual tiene grandes limitaciones para abordar.

—Mientras las posiciones y divergencias entre psicoanalistas crecen por doquier resulta que Ud., más **pragmático**, te dedicaste durante décadas, invirtiendo tus energías en reflexionar ¿quizá esperando tiempo mejores?

JGB: Creo que se podría decir que reconozco que he sido “pragmático” en cuanto a poder resolver los obstáculos con los que me fui encontrando para desarrollar mi tarea, pero por suerte el descubrir en la década del 60’ la posibilidad de trabajar las problemáticas inherentes al campo de la salud mental en un contexto multitudinario, me dio la oportunidad no sólo para reflexionar sino para investigar y descubrir nuevas maneras de pensar y de trabajar.

—Ahora el fútbol y hace años el tango como identidad. Para elevar el ánimo, de una a otra generación, porque los hijos son el resultado de los padres, ¿no? Bueno y de los maestros de las escuelas, de la televisión, de la sociedad en general... ¿Esto significa que tenemos los hijos, las jóvenes generaciones que nos merecemos, reflejo de la sociedad en su conjunto?

JGB: Para mí se ha hecho cada vez más evidente que la juventud está muy desorientada, en un contexto social que, valorizando exageradamente el desarrollo tecnológico y la obtención de dinero, olvida que el ser humano, por su naturaleza, necesita poder ‘contar con’ “otros” —es decir, los jóvenes ‘contar con’ los mayores—, para desarrollar su sí-mismo verdadero.

Esto se ha ido perdiendo cada vez más en las familias, en las escuelas, en el trabajo y en la sociedad en general, en la cual los gobiernos pierden también, cada vez más, el rol específico de garantizar los derechos humanos, la seguridad, la previsibilidad y, fundamentalmente, el respeto de los unos por los otros.

—Hizo Ud. esfuerzos e intervenciones novedosas para lograr la integración del psicoanálisis individual, grupal y familiar, y toda una vida dedicada al estudio y tratamiento de personas con patologías severas. Ahí, a través del grupo multifamiliar trataste de vencer las resistencias que genera la patología mental, ofreciendo un espacio donde las familias pudieran compartir las ansiedades e incertidumbres que se producen en el proceso terapéutico. ¿Realmente se vieron cumplidos las pretensiones de que el **grupo multifamiliar** fuera un instrumento terapéutico a través del efecto de la socialización del sufrimiento, la universalización de los conflictos, la aceptación de las diferencias y la contribución a la solución de situaciones que en otros contextos resultan enormemente difíciles?

JGB: Es muy común que las pretensiones que tenemos desborden los resultados que obtenemos en la realidad, pero tengo que decir que, para mi sorpresa, en los 50 años que vengo trabajando en el Psicoanálisis Multifamiliar, lo que podemos llamar genéricamente “resultados terapéuticos positivos” son los que me han mantenido interesado y entusiasmado en la tarea. Por otra parte, muchos de los colegas que me han acompañado en todos estos años, han compartido conmigo este entusiasmo.



Nuestra forma de trabajar aporta permanentemente evidencias sobre cambios, resultados, fracasos, factores en juego, etc. Las evidencias que nosotros tenemos son visibles simultáneamente para muchas personas al mismo tiempo. Es por eso que investigar en un contexto social sobre salud y enfermedad mental genera la transformación de ese contexto social en un ‘laboratorio de investigación social’, donde al mismo tiempo se puede capacitar a los profesionales, aportar recursos a los familiares para ayudar al enfermo en la familia, y curar a los pacientes.

—*La **medicalización** de la práctica en la salud mental, o mejor la **hegemonía de los psicofármacos** está siendo determinante. El positivismo y empirismo que la APA plasma en la DSM, tomado como catecismo de los profesionales, está favoreciendo también un mayor “biologismo” entre los psiquiatras, mientras que, curiosamente, en atención primaria cada vez hay más profesionales que están psicologizando su práctica. ¿Qué opina al respecto?*

JGB: Lo que usted dice es así. Lo malo es que esas dos “verdades” que señala se presentan muy a menudo como un tironeo entre dos posiciones “irreconciliables”, que tienen consecuencias muy negativas para los “clientes” del sistema de salud.

El biologismo no me asusta ni me molesta, siempre que no se utilice para ‘querer tener razón’ como una “postura encerrante”, que puede dejar al paciente y a la familia sin la ayuda que necesitan. El progreso en el conocimiento de los componentes biológicos de la enfermedad mental y el desarrollo concomitante de la psico-farmacología, han sido extraordinarios a partir de la década del 50’. Pero es cada vez más claro que los psico-fármacos por sí mismos no van a poder eliminar nunca las necesidades del ser humano, cuando se encuentra en una condición de sufrimiento psíquico y de indefensión, porque como se dijo antes, la necesidad de un “otro” —sea la madre, el padre,

el maestro, el psicoanalista, el juez— es inherente a la condición humana.

Esto implica una concepción más amplia de lo que es en realidad la enfermedad mental, que permite comprender que los profesionales que están en el campo de la atención primaria se vean obligados a tomar en cuenta las necesidades básicas inherentes a la condición humana, a las que antes nos referimos, para poder ayudar a los pacientes y a los familiares en las dificultades con que viven la vida cotidiana.

Si bien es cierto que podemos llamar a esto “psicologizar la práctica”, en realidad estos profesionales perciben directamente las limitaciones del biologismo y los daños que en este sentido puede producir, con las mejores intenciones.

“Psicologizar”, entonces, en este caso, no debe transformarse en “ideologizar”, sino en ‘tomar en cuenta la complejidad de la realidad’.

—*¿Qué opina de la **Psiquiatría basada en la evidencia** (o mejor dicho en pruebas)? ¿Cree que se puede hacer ciencia desde los condicionantes actuales de la práctica psiquiátrica o psicológica?*

JGB: La psiquiatría basada en la evidencia está poniendo cada vez más en evidencia los fracasos de la psiquiatría en cuanto a limitaciones de los resultados terapéuticos, la cantidad de preguntas sin respuesta sobre el por qué de nuestros fracasos, y el enorme gasto realizado en los países más desarrollados sin que se haya presentado todavía un programa basado en nuevas posibilidades reales.

Nuestra forma de trabajar, como dije antes, podría constituir una evidencia sobre la cual construir programas con mejores resultados en la relación costo/beneficio.

Creo que se puede hacer ciencia con las problemáticas que nos enfrentamos, siempre que podamos superar los métodos científicos



clásicos que clasificaron las ciencias en “ciencias duras” y “ciencias blandas”, ampliando nuestra visión de conjunto, desarrollando recursos mentales e instrumentales para poder abordar la hiper-complejidad.

—En relación con otro aspecto en boga actualmente ¿Cuáles es su posición respecto a los desarrollos de la **Bioética** aplicada a la psiquiatría? En los contextos actuales de trabajo en psiquiatría ¿Cree que es posible ser ético? ¿De qué tipo de ética estamos hablando?

Siempre es posible ser ético, es más, hay que serlo, pero no sólo en psiquiatría aunque no siempre eso ocurra. La posición ética desde el psicoanálisis puede estar por encima de las profesiones e implica una posición, un deseo y una decisión en la vida acerca de las dificultades y de la complejidad de las relaciones entre las personas.

JGB: El tema de la ética es fundamental. La ética tiene una dimensión teórica y una dimensión en la práctica. Si bien la ética ha sido tema de la filosofía desde siempre, en el campo de la psiquiatría y de la psicoterapia en general la pérdida del ‘respeto’ por el ser humano ha podido justificarse muy a menudo, en el caso de los llamados “enfermos mentales”, por ciertas características de la relación médico/paciente.

El querer curar al enfermo poniendo el acento en la desaparición de los síntomas, conduce a la pérdida del profundo respeto debido a la ‘virtualidad sana’ del mismo, por más enfermo que esté. Pensar que el enfermo “está loco” permite muy a menudo justificar un maltrato por parte del médico, que puede ponerse en evidencia como tal cuando empezamos a darnos cuenta de que el “maltrato” que muchas veces experimentamos de parte del enfermo, es más bien un ‘reclamo de ayuda desde la indefensión’, que tiende a desaparecer cuando el paciente puede empezar a confiar en su terapeuta.

Cuando los terapeutas comprendamos profundamente esto, estaremos en mejores condiciones para comprender al mismo tiempo las raíces profundas de la discriminación de los enfermos y las dificultades que se presentan en la realidad para modificar las actitudes de la sociedad.



Este aspecto fundamental en la ética de las relaciones entre los seres humanos no se presenta sólo en el campo de los enfermos mentales, sino que tiene una mayor universalidad en la problemática de la niñez; es decir, en el campo de la educación y de la formación de la personalidad en el seno de la familia.

En este terreno, se ha hecho cada vez más evidente la necesidad de proteger a los niños del maltrato de los padres y de los adultos en general, con leyes sobre los derechos humanos



de los niños, sin darnos cuenta suficientemente hasta que punto habría que ayudar a los padres, que muchas veces no están suficientemente preparados para ‘respetar’ la alteridad del niño y la ‘virtualidad sana’ inherente a su condición de niño.

Muchas veces el hecho de que un niño “se porte mal” no es una condición inherente del niño en cuestión, sino más bien la consecuencia de que los padres no están “preparados” para gerenciar adecuadamente la problemática del crecimiento psicológico de un niño, que por su naturaleza “pone a prueba” al adulto de una manera muy singular.

—*Cambiemos de temas. Hay autores que insisten en el error de considerar al enfermo mental como persona irresponsable ¿Qué opina de la **responsabilidad pública** de los pacientes mentales respecto de sus actos? ¿Deben responder, por ejemplo, penalmente si llega el caso? ¿Cuáles serían los límites de esta responsabilidad?*

JGB: El tema de la responsabilidad del “enfermo mental” es muy controversial, por la compleja naturaleza del tema en cuestión. Mi larga experiencia clínica me ha llevado a desarrollar ideas nuevas sobre la forma de pensar la enfermedad mental, que me permiten una manera diferente de enfocar el problema de la responsabilidad.

Teniendo en cuenta que se puede decir que el enfermo mental está siendo ‘enfermado por su propia historia’, y que esto tiene lugar desde un mundo interno “habitado” por la presencia psicológica de “otros” en la mente del enfermo con un poder enfermante, esta condición mental tiende a hacer del enfermo un ser incapaz de asumir la responsabilidad que se espera de él desde la sociedad.

Sin embargo, la experiencia demuestra constantemente que en la mayoría de los casos podemos ayudar al enfermo si conseguimos ayudar al mismo tiempo a la familia, que desde

el entorno del enfermo, en complicidad con la vulnerabilidad que condicionan en el mundo interno de las “presencias” que describimos antes, sin darse cuenta y “con las mejores intenciones” ejerce muy a menudo ese poder enfermante.

De tal manera, la responsabilidad pública de los llamados pacientes mentales respecto de sus actos no es algo inherente a su condición de enfermo mental, sino que es algo que puede cambiar a través de su proceso terapéutico, de tal manera que su capacidad de ser responsable se va a incrementar en la medida en que habiendo podido ayudarlo verdaderamente, él va a poder ser también verdaderamente más responsable.

Conviene aclarar que algunas formas de la enfermedad mental, tales como las llamadas “personalidades psicopáticas”, que son “peligrosas” para la sociedad y que se presentan como “incurables”, plantean un problema insoluble en términos de responsabilidad pública.

En realidad, el verdadero problema no es tanto la “responsabilidad” pública, sino la “peligrosidad” pública, que no es lo mismo. Mientras que es muy difícil evaluar la capacidad de responsabilidad pública (por ejemplo, el manejo del dinero) hasta que no esté consolidada una mejoría bien evidente, no es tan difícil evaluar la peligrosidad, que se hace muy manifiesta muchas veces en la reiteración de hechos delictivos, que en el caso de ser violentos son verdaderamente peligrosos.

Muchas veces un juez otorga una libertad condicional porque, siendo garantista de los derechos humanos, considera que la privación de la libertad atenta contra un derecho básico inalienable. Si bien esto no deja de ser cierto, el problema pasa por otro lado: la peligrosidad. Porque lo que no pueden garantizar ciertos enfermos mentales (tales como los psicópatas incurables a los que nos referimos antes) y hacerse responsables en este sentido es que no



van a ser peligrosos para la sociedad. En este sentido, centrando el problema en la peligrosidad, tendremos el derecho a privar de la libertad a un delincuente, sea que lo consideremos enfermo o no (porque todo delincuente es un enfermo mental, si lo pensamos desde una cierta perspectiva), por su peligrosidad, no por la enfermedad mental.

Alrededor de la problemática de la enfermedad mental se puede decir que ésta, para algunos, justifica privar al enfermo de su libertad, porque siendo “enfermo mental” es potencialmente peligroso para sí y/o para terceros. Esta manera de pensar, que es en cierto modo una “verdad” en el imaginario social, no es de ninguna manera sostenible por la experiencia. Y por esa discrepancia entre imaginario social y la manera de pensar que estamos sosteniendo, es que muchos jueces no saben qué hacer, y están desorientados al respecto.

—**Otros temas**, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas (que durante años siguió de cerca), la violencia, la inmigración, las guerras, la marginalidad en general, han sido escasamente abordados. Pudiera parecer que lo que se relaciona más con aspectos de la llamada psiquiatría social, más allá de la enfermedad mental, no están en las agendas a pesar de que sí comienza a ser frecuente en la clínica cotidiana. ¿No habrá que comenzar a tomar medidas? Quizá prepararse capacitándose los equipos, protocolizar situaciones hoy desconocidas, organizar recursos, etc., sean algo urgente ¿no?

JGB: Como dijimos antes, el Psicoanálisis Multifamiliar provee un modelo asistencial comunitario en salud mental, que por ser multitudinario, heterogéneo y abierto permite desplegar un efecto terapéutico en diversas dimensiones de la sociedad y la mente, y permite abordar las diferentes formas de patología social, como la violencia familiar, la drogadicción, la delincuencia, los diversos problemas de discriminación social, etc., que el psicoanálisis individual y las diferentes formas de psicoterapia

individual tienen grandes limitaciones para abordar.

—*En su biblioteca se dice que hay tantos libros de psiquiatría como de arte. Es una cuestión del disfrute estético o ¿quizá por haber visto su interés terapéutico en las enfermedades mentales severas?*

JGB: Considero que el arte tiene de por sí un poder curativo, que lamentablemente está muy limitado, porque la enfermedad mental, como dije antes, está condicionada por la propia historia de cada ser humano y el poder enfermante de esos ‘otros en nosotros’ que habitan en su mundo interno. Cuando logramos neutralizar esos poderes enfermantes actuantes, y liberar el potencial no desarrollado de la ‘virtualidad sana’ de los enfermos mentales, el arte puede ser un “mundo” en el que el antes “enfermo mental”, ahora puede expresar su creatividad.

—*Y para finalizar, en este actual panorama donde escasean los maestros ¿qué aconsejaría a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental?*

JGB: Estamos desde hace muchos años trabajando con gente joven (muchos de ellos españoles que vienen a Buenos Aires a compartir nuestra experiencia), y pensamos que es la mejor manera de sembrar para las generaciones futuras, para que puedan tener una formación vivencial mucho más esperanzada con respecto a la posibilidad de ayudar a austeros semejantes en el campo de la salud mental.

Junio, 2009.

