

EDICIONES CINCO



Prólogos de Ana P. de Quiroga y Hernán Kesselman

una perspectiva vincular, social
y operativa de la subjetividad

PSICOLÓGIA CLINICA PICHONIANA

Fernando A. Fabris
María Dolores Galinanes

**PSICOLOGÍA CLÍNICA
PICHONIANA**

FERNANDO A. FABRIS
MARÍA DOLORES GALIÑANES

**PSICOLOGÍA CLÍNICA
PICHONIANA**

*Una perspectiva vincular, social
y operativa de la subjetividad*

EDICIONES CINCO

Fernando A.
Psicología clínica pichoniana. Una perspectiva vincular, social y
de la subjetividad / Fernando A. Fabris y María Dolores
Rosario. 1ª ed.- Buenos Aires. Cinco, 2004.
200 p., 23x16 cm.

ISBN Nº 950-9693-70-7

Psicología I. Galliñanes, María Dolores II. Título
150

PREFACIO

Este libro es el resultado —y balance provisorio— de un
por identificar y retomar los ejes fundamentales de la psicología
ca pichoniana. A fines de 1999 elaboramos un proyecto de estu-
vestigación cuyos objetivos fueron “esclarecer, profundizar y
llar prácticas y conceptos de la clínica pichoniana”, así como,
nar sobre problemáticas clínicas específicas desde la perspectiva
da por Enrique Pichon-Rivière”. Vemos hoy que los diversos
y materiales que forman este libro, algunos ya publicados y
borados especialmente, son un avance en la concreción de
objetivos. Fueron desarrollados en el marco del Equipo de
ción en Clínica Pichoniana, donde realizamos en los últimos años
un intenso trabajo de debate teórico y sistematización de
prácticas.

Quienes escribimos este libro estamos vinculados con el
nico pichoniano desde hace aproximadamente veinte años, a
la participación en grupos de estudios, de investigación, de
dad docente y, fundamentalmente, de una intensa práctica clí-
en el hospital público como en el consultorio privado. Nues-
en el campo de la asistencia (prevención terciaria) se comple-
actividades en el terreno de la prevención de la enfermedad
moción de la salud. Estos niveles de prevención son, desde
marco teórico, campos indisociables tanto en lo que refiere a
ticas como a la teoría. Por ese motivo trabajamos desde el
de nuestra actividad profesional en ámbitos barriales o instit-
desde una perspectiva comunitaria apuntando a la promoción
salud por medio de técnicas grupales, expresivas, artísticas y
entre otras. En lo que refiere a la actividad docente tenemos
en condición de profesores titulares, el seminario de progra-
Desarrollos Clínicos en Psicología Social Pichoniana de la Fa-
Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, y la cátedra
ría de la Conducta en la Primera Escuela Privada de Psico-

Obra de tapa:
“The Key” (1946)
de Jackson Pollock

Diseño de tapa:
María Laura Fitzgerald

I.S.B.N. 950-9693-70-7

© 2004 by EDICIONES CINCO
24 de Noviembre 997 - Tel. 4931-6197
1224 Buenos Aires - República Argentina

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723
Impreso en la Argentina - Printed in Argentina
Prohibida la reproducción total o parcial
por cualquier medio visual, gráfico o sonoro

ada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière, de la Ciudad de Buenos Aires. La publicación de cada artículo de este libro fue motivada por un interés por aclararnos interrogantes sobre la clínica pichoniana, referente "desaparecida" de los ámbitos universitarios desde la década de 1976.

En los años posteriores siguieron siendo hostiles a esta perspectiva histórica hace un tiempo atrás nos encontramos con una nueva versión que, al cursar estudios de Psicología o Psicología Social, y no encuentra respuestas a sus propios interrogantes y a veces, la ausencia de exposiciones sistemáticas sobre la clínica pichoniana, ocultada y desvalorizada por la cultura posmoderna por caduco el pensamiento dialéctico desde el cual Pichon-Rivière y algunos de sus seguidores produjeron su obra. La perspectiva psicológica creada por Pichon-Rivière, denominada "clínica social", cuenta con reconocimiento internacional en lo que respecta a sus aportes sobre la teoría de los grupos y particularmente a la teoría y técnica de los grupos operativos. Son menos conocidas, no menos importantes, sus aportes a la teoría psicopatológica, de los grupos familiares y la teoría y técnica de la práctica que tienen un grado alto de originalidad y diferenciación respecto a del psicoanálisis, en el cual se fundamentó inicialmente. La clínica fundada por Pichon-Rivière así como los fundamentos filosóficos en los que se asienta siguen vigentes y deben ser desarrollados.

Este libro queremos contribuir a que el pensamiento clínico de Pichon-Rivière sea retomado, discutido y desarrollado. Para esto es vital el intercambio y el debate amplio y abierto tanto entre nosotros como consideramos pichonianos, así como también con personas que nos ofrecen otras perspectivas teóricas.

La importancia que propugnamos, esencial al enriquecimiento recíproco que resta especificidad al planteo. Pensamos que es estéril hablarlo y diluirlo dentro del psicoanálisis, terreno teórico al cual pertenece. Psicología social y psicoanálisis se asemejan en una cantidad de aspectos y en otros, fundamentales, se distancian irremediablemente. Si resulta incorrecto absorber la originalidad del pensamiento pichoniano en el marco psicoanalítico que lo precedió, es casi inevitable intentar reducir este frondoso marco conceptual a sus componentes interaccionales e intersubjetivos, sean estos grupales, institucionales o comunitarios. Al escurrir lo interaccional de lo intrasubjetivo (la dimensión del grupo interno) se cae en una sociologización de lo

psicológico de tipo mecanicista de la cual el pensamiento elaborado por Pichon-Rivière significó ya en su momento una superación. Pero que todo, aun lo más íntimo, es social. Sin embargo, lo psicopatológico constituye una dimensión específica de análisis y operación, irreducible a otras disciplinas y saberes sean estos la sociología, la biología, la filosofía, la pedagogía, la lingüística, la economía política, la etología, etcétera. Lo social es causa interna de la conformación y desarrollo del psiquismo, y lo psicológico requiere un análisis particular que, si bien se nutre de muchas otras ciencias y saberes (llegando a configurarse como una interciencia), es a la vez un campo teórico diferenciado.

Es difícil exagerar la influencia que han tenido en nuestros desarrollos las ideas de varios discípulos de Pichon-Rivière, que son, a su vez, nuestros maestros y referentes. Ellos son Ana P. de Quiroga, al desarrollar la teoría e insistir en sus premisas centrales es un ejemplo del pensamiento pichoniano; Hernán Kesselman, maestro de la clínica pichoniana; Fidel Moccio y sus aportes a la creatividad; Abel Gilabert y su compromiso con la transformación de los manicios; Angel Fiasché, testigo y participante del comienzo de la perspectiva clínica desarrollada por Pichon-Rivière. En las cuestiones filosóficas nos resultó estimulador y clarificador el diálogo con Nassif.

A todos ellos nuestro agradecimiento, así como también a nuestros entrañables compañeros de trabajo en Rosario, Buenos Aires y Montevideo, las psicólogas y psicólogas sociales Marta Hernández, Gabriela Lachowicz y Silvia Puccini, quienes además participan en algunos títulos de este libro. Por último queremos agradecer a Gabriel G. quien corrigió los materiales que conforman este libro.

Los dos primeros artículos tratan, fundamentalmente, de una revisión de los ejes conceptuales principales de la clínica pichoniana: el tercero y el cuarto, se abordan dos cuadros psicopatológicos: las crisis y los trastornos de pánico. En el quinto se realiza un acercamiento a la determinación recíproca entre orden socio-histórico y subjetividad, particularmente durante los años noventa y el comienzo del presente siglo. En el sexto se desarrollan diversos problemas teóricos-técnicos propios de la psicología clínica; allí se diferencian enfoques pichoniano respecto del psicoanalítico en lo que hace a la técnica, la práctica y la ideología. En el último, se aborda el problema de la ética en la psicología social.

Los anexos ofrecen una serie de documentos, programas académicos y protocolos de investigación que, pensamos, pueden ser de

para los interesados en este campo teórico y práctico. Por último, la biografía ha sido organizada de manera que sirva como guía para quienes encuentran cierta orientación bibliográfica respecto de este teórico.

FERNANDO A. FAERIS
MARÍA DOLORES GALIÑANES

PRÓLOGO

ANA PAMPLIEGA DE QUIROGA

Los autores de este libro son portavoces de un grupo de personas convergen en la práctica clínica. Los interrogantes que surgieron en práctica los ha reunido en un proceso de investigación sistemática, se despliega ya hace años y en el que un eje de tarea es la profundización en el marco teórico planteado por Enrique Pichon-Rivière.

En ese profundizar, transitan ideas que tienen historia, que alzan particular significatividad en un período fecundo y original pensamiento en clínica en nuestro país, y que reconocía como su principal exponente a Enrique Pichon-Rivière.

Esas ideas fueron más tarde olvidadas, fragmentadas o alojadas el silencio en los ámbitos académicos, hegemonizados por la meta-física, el idealismo o el subjetivismo, en el plano filosófico y psicológico. Podemos preguntarnos: ¿este investigar y transitar de los autores surge de un interés arqueológico, se moviliza desde su función docente?

Recorriendo los textos que nos entregan, se hace visible que, en inquietos y comprometidos terapeutas, los urge el requerimiento problemáticas actuales, que emergen en la vida social, en las relaciones interpersonales, en la subjetividad.

Cuando menciono un orden socio-histórico, acontecer subjetivo mediaciones en las que se concreta su interrelación, hago referencias procesos que, desde su especificidad, se interpenetran dialécticamente de manera que no pueden ser pensados cada uno sino en sus múltiples interconexiones con los otros.

Esta relación dialéctica, recíprocamente fundante, es lo que de nosotros hoy como objeto-campo¹ de la psicología, que según el planteo de E. Pichon-Rivière no puede ser sino esencial y radicalmente social. afirmación pichoniana, rotunda y contundente, se construyó en p

¹ Relación dialéctica y fundante entre orden socio-histórico y subjetividad.

múltiples, en las que la dominante fue inicialmente la clínica individual. Pero por lo que en ella se manifestara, como condiciones de acción de la salud y la enfermedad, condujo al trabajo en el ámbito de la familia, la intervención grupal, organizacional y comunitaria. Fueron estas prácticas, y los procesos en las que se realizaron, en interacción y convergencia, en su mutuo reenviarse, las que condujeron a la elaboración de un marco conceptual, en el que se jerarquiza relaciones reales, a las condiciones objetivas de existencia, la eficiencia del hacer y significar del otro, los otros, en la configuración de un mundo. Esto implica un psiquismo que desde su mismo inicio es abierto y objetivo, en un interjuego de intersubjetividad e intrasubjetividad, lo que implicó en los hechos y la teoría una ruptura con el psicoanálisis, aspecto firmemente sostenido y clarificado por los autores en distintos artículos de este libro.

Es inevitable a partir de que Pichon-Rivière arriba a una concepción del sujeto como ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente. La comprensión de ese sujeto de las sensaciones y percepciones, de su hacer transformante y en relación, de la representación, palabra y el pensamiento y, por tanto, del conocimiento, requiere una modalidad integrada e integradora del trabajo en psicología. En la crisis actual, la situación de emergencia social que vivimos, en distintas fases, opera como analizador, que pone de manifiesto que la salud, en sus diversas formas, la promoción, la asistencia de antiguas y nuevas formas de psicopatología (por ejemplo, la depresión y el ataque de pánico) no pueden entenderse sino en este campo de problemáticas, sostenido en esta compleja relación.

En tanto sujetos situados en una circunstancia histórica, en una realidad concreta, los autores analizan su práctica desde la teoría de Pichon-Rivière, se incluyen en un movimiento minoritario pero relevante que sigue este camino, y lo hacen en el universo material, social y conceptual de su tiempo. Por ello, y coherentes con lo realizado por un pensamiento científico y con quien eligieran como maestros, reconocen diversas elaboraciones que hoy aportan al comprender la emergencia de salud/enfermedad y operar en ella. Una demostración de la extensa y rica bibliografía incluida en esta obra.

Hoy se publican su trayectoria, su producción, de la que los trabajos hoy se publican son síntesis parciales de investigaciones y de la reflexión sobre ellas, en las que se anticipan trabajos más abarcativos, ya están en curso.

Su andar no ha consistido sólo en un apoyarse en lo previo, no sólo es un ritualístico repetir. En tanto indagación permanente aportan originalidad de perspectivas, plantean posicionamientos que abren líneas de debate, de las que me parece particularmente remarkable lo que se publica como reflexiones a partir del Foro sobre Clínica Pichoniana en las Jornadas de Mendoza.

¿Por qué señaló ese trabajo? Porque en su formulación y en la problemática que se suscitara en dicho Foro, encuentro un ejemplo de la controversia que nos atraviesa hoy a muchos discípulos de Pichon-Rivière y de la que no me excluyo. El entender que la psicología social, desde E. Pichon-Rivière, no designa un área operacional sino que es una concepción que nace de y a la vez funda distintas modalidades de práctica. Visualizarlas en sus particularidades e indisoluble relación es todavía un proceso de construcción de identidad en el que mucho debemos trabajar los discípulos de Pichon-Rivière, tanto quienes concentramos su hacer en la clínica, como los que lo hacen en la tarea comunitaria.

No bastan las palabras, las afirmaciones, más aún, nuestras palabras acerca de esta cuestión deslizan contradicciones a visualizar y resolver que no sólo indican necesidades de formación en los campos específicos y sus mutuas relaciones. Ejemplo de ello es cuando diferenciamos psicólogo y psicólogo social y nos referimos a la práctica de una sola persona. O no podemos admitir que un "psicólogo social" que trabaja en la cura con alcohólicos o con quienes padecen otras adicciones está haciendo clínica.

Creo que debemos ir más allá, y en el campo de tarea superar la herida que años de silencio, olvido y descalificación instalaron en nuestra representación del ECRO². Me refiero a la escisión que se hace entre Pichon clínico del Pichon operador institucional o comunitario. La escisión se abría hace muchos años aun en discípulos de Pichon-Rivière que pese a adherir al materialismo dialéctico sostenían que la psicología social era la teoría apta para trabajar con los grupos, en tanto territorio de la clínica quedaba reservado al psicoanálisis.

Esta fragmentación de concepciones y de campos nos remite a la fragmentación del sujeto, ya que son muchos los autores que establecen distinciones radicales entre el sujeto social, el sujeto de las necesidades, el sujeto del deseo, el sujeto de la praxis, el sujeto del inconsciente, sin contar con la "decisión" posmoderna de la desaparición del sujeto, supuesta creación de la modernidad.

Encuentro estas huellas de disociación tanto en quienes han e-

² ECRO: Esquema Conceptual, Referencial y Operativo.

y que favorecimos para la comunicación entre Ana P. de Quiroga y Elizabeth Foulkes, a partir de un Congreso en Copenhague (1982).

Los autores de este libro han recogido el testimonio para que se pueda seguir desplegando la presencia de Pichon-Rivière en la Psicología Clínica (para que deje de ser un desaparecido intelectual en diversos sectores de la Psicología actual) y para que los lectores y quienes se acerquen a esta corriente se animen para seguir sumando a esta teoría y a esta técnica, que no fue, que no es y que no será cerrada porque con diferentes aportes está siempre siendo. En la Clínica Pichoniana actual situamos (diagnóstico situacional) cada caso a investigar en sus núcleos de base que, respondiendo a las ansiedades de predominio denominadas: confusional, melancólico y esquizofrénico. Núcleos que alcancé a debatir con Pichon y a supervisar con Bleger antes de mi partida a España y su articulación en el plano real (visible e invisible) con los cuerpos y fantasmas de sus dolencias, con los caleidoscopios que integran al coordinador y al terapeuta, interrogando al sujeto que los mira y al oído que las escucha. Núcleos que adquieren sentido global a la luz de los problemas sociales que aquejan a nuestro país conectados con problemas consonantes y resonantes de otros países del Cono Sur pero con la característica que con Loly y con Fernando podemos comentar al iniciar la pretarea sobre la cotidianidad que se da en nuestras citas regulares. Así, los efectos deletéreos de la globalización laborales, educacionales, sanitarios, etc.) que contribuyen a incorporarse al panorama de inseguridad e incertidumbre social que nos conmueve a terapeutas y pacientes en actores y observadores del pánico y las depresiones que atraviesan a todos los sectores y de las reacciones resilientes para adaptarse activamente. Adaptación activa a la realidad que sigue siendo uno de los pilares de la Clínica Pichoniana y objeto de debate con los autores de este libro; quienes, a su vez, abren a diagnósticos clínicos tan en boga como la depresión y el trastorno de pánico para compartirlos con el lector, y a los que agregamos los diagnósticos de la psicopatología vincular (transferencia y contratransferencia) para configurar un diagnóstico estructural como guía para la programación de la cura. Y un diagnóstico metafórico que bautiza los efectos de la producción maquina de subjetividad, naciente en la máquina clínica. Hemos tenido que revisar las históricas concepciones de Cooperación y Saboteo para cada caso y cada situación que hemos discutido en las supervisiones, al igual que los malentendidos básicos y secretos de la comunicación, los obstáculos epistemológicos y epistémofílicos que capturan a terapeutas y pacientes, y los avatares de la Télé en las vicisitudes de los protagonistas del campo escénico de la clínica que

observamos y que pretendemos ejercer con vocación de cambio (operar = cambiar).

En nuestros diálogos vamos progresando desde la supervisión a la covisión. Transformando la supervisión más en un encuentro covisión donde mutuamente aprendemos a aprender y aprenden a enseñarnos para prevenirnos de las perversiones que suelen por las transmisiones conceptuales del saber instituido que, al cerrar y poder al mismo tiempo que forman, deforman.

La Pertinencia de las intervenciones y las interpretaciones de metas clínicas también las vamos discutiendo en función del gran texto de lo universal que atraviesa cada fractal de lo particular, donde a cada acción analizada una multiplicidad de accesos y una multiplicidad de abordajes e intervenciones para intentar los desbloques operativos. Como marca Pichoniana, la antropofagia cultural por la nada de lo humano nos es ajeno: no importa que las entradas sean muchas sino que las salidas sean plurales. Lo que hace bien, es bueno. Lo diferente (nacional y/o extranjero) nos enriquece cuando devoramos de fuentes heterogéneas para desovar en intervenciones clínicas adaptadas activamente a lo local y tolerar el extraño en nosotros mismos.

En estos sentidos Pichon fue un gran adelantado en el Río de la Plata tanto para la antropofagia cultural como para la cartografía situacional ya que a los hallazgos de la Medicina, la Psiquiatría y el psicoanálisis integró sacrilegamente los que provenían del Surrealismo en el campo del arte, de la literatura y de la filosofía con los del Deporte y la Política, en todos los campos sociales a los que se asomó para ejercer su observación y sus propuestas para planificar la esperanza.

Un verdadero elogio del mestizaje policompetente, para trabajar con idoneidad la Psicología Clínica, sigue vigente en nuestro proyecto Pichoniano en la Clínica: Creatividad desatada por el devenir productivo del Pichon-en-nos.

Yo celebro la aparición de estos textos a ser completados por lectores de la experiencia que estos autores pretenden compartir. Espero con ilusión sus próximas publicaciones y la de otros autores estimulados por estas lecturas, cuya navegación aporte más puntos de partida que puertos de llegada.

Buenos Aires, 27 de septiembre de 2012

Hernán Kesselman, Médico psiquiatra, Psiconalista, Psiconematista, Psicoanalista Social, Fundador y Director del Centro de Psicoterapia y Técnicas Operativas de Buenos Aires) C.P.O. y de la Escuela de Psicología Social "Dr. Enrique Pichon Rivière" Madrid, España.

CLÍNICA PICHONIANA ACTUAL: PREMISAS, CONCEPTOS Y PERSPECTIVAS¹

FERNANDO A. FABRIS

Presentación²

Este trabajo de Fernando Fabris se incluye y a la vez es expresión de un movimiento que surge y se consolida en los últimos años. Sus integrantes se proponen como tarea, explorar y rescatar la dimensión clínica del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière y la práctica terapéutica que la sustenta. Dimensión clínica y práctica terapéutica en las que debe reconocer su origen y fundamento el marco conceptual que Pichon-Rivière define como psicología social, desde una concepción de sujeto que complejiza el análisis, replanteando tanto los campos operacionales, como las modalidades de intervención.

Como lo señala Fabris —en un inteligente análisis que identifica los ejes de la producción teórica de Pichon-Rivière y su articulación interna, tanto en sus aspectos más conocidos, como en aquellos olvidados o negados—, a fines de la década del 70 el silencio y la ignorancia recayeron sobre la obra de un autor que pocos años antes fuera reconocido como el maestro de la psiquiatría argentina y latinoamericana, y a quien Jacques Lacan respetaba profundamente, y Henri Ey llamaba "mi gran hermano del sur".

Pero, quizás, Enrique Pichon-Rivière estuvo marcado entre nosotros por el signo de la transgresión, por haber confrontado con el pensamiento

¹ Artículo realizado en base a las ideas expuestas por el autor en el Panel de Clínica Pichoniana de las 4tes. Jornadas de Homenaje a Enrique Pichon-Rivière y 2das. Jornadas Latinoamericanas de Psicología Social (octubre de 2000), organizadas por la Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por Enrique Pichon-Rivière.

² Esta Presentación firmada por Ana Pampaliga de Quiroga encabezó el presente artículo cuando fue publicado en la revista *Temas de Psicología Social* N° 20, de octubre 2001.

psicoanalítico acerca del lugar determinante del orden social y particularmente de las "relaciones reales", del hacer y del significado de los otros, del universo socio-histórico en la configuración del psiquismo, al que entiende como abierto al mundo, en el mundo, constituyéndose en, por y a través de su relación con otros.

Se hizo fácil negar su pensamiento bajo el mito de que Pichon no escribía, aunque más de tres tomos de su obra hoy muestran lo contrario, como quizá resulta fácil hoy alejar a la psicología social pichoniana en sus actuales desarrollos en el universo de la sociología, desdeñando hasta qué punto el sujeto en su complejidad, en la articulación de sus múltiples dimensiones está en el centro de nuestra investigación, y lo está en términos de la dialéctica salud/enfermedad.

De allí, la particular importancia de este recorrer y desplegar la dimensión clínica de quien en su hacer, nunca antagonizó su condición de psiquiatra con la de psicólogo social, ya que había llegado a una por la otra, y conformaban en su pensamiento y en su práctica una unidad.

Me he referido a un movimiento, que surge y crece destinado a crecer, particularmente convocado por lo que hoy se despliega en la vida social, por la emergencia, por las necesidades apremiantes de respuesta, por el grado crítico de padecimiento que transitamos millones de seres humanos. Movimiento que se configura porque sus integrantes encuentran en la obra de Enrique Pichon-Rivière, en su pensamiento, un camino de respuesta, y esto se da hoy en Buenos Aires, en Montevideo, en Rosario, Mendoza, Tucumán, Neuquén. Creemos que difundirlo en Temas de Psicología Social es una manera de aportar a su crecimiento.

Ana Pampliega de Quiroga

Este artículo tiene por intención retomar un debate acerca de la clínica pichoniana, sus fundamentos, sus conceptos teóricos centrales y su perspectiva actual de desarrollo. Con posterioridad a la muerte de Pichon-Rivière en 1977, y a pesar de las condiciones adversas que generaron la dictadura militar en la Argentina y el retroceso ideológico mundial que caracterizó a las décadas del 80 y del 90, la psicología social pudo continuar un vigoroso desarrollo en la mayoría de sus áreas debido fundamentalmente al aporte sistemático y el papel de guía de su más significativa discípula y continuadora, Ana P. de Quiroga. Sin

embargo, desde esa fecha y tal vez desde algunos años antes, el campo de la clínica pichoniana sufrió cierta lentificación en cuanto a sus prácticas, y casi una detención en lo que hace a su despliegue teórico.

Esta situación es, en parte, consecuencia del predominio en el campo de la cultura del neoliberalismo pragmatista y su complemento, el posmodernismo escéptico y fragmentante. Los llamados "nuevos paradigmas", apoyados en ambas corrientes político-culturales, retrajeron el debate y obstaculizaron en los últimos años el desarrollo de una psicología clínica social, histórica y concreta que durante los años 60 y 70 había logrado sentar sus bases, fundamentalmente a través del aporte del propio Pichon-Rivière. Por otro lado, en el campo de la clínica pichoniana no hubo una figura de relevancia similar a la de Ana P. de Quiroga que lograra, a pesar de las circunstancias ideológicas adversas, orientar las perspectivas y aportar a la necesaria tarea de construcción.

En estos últimos 25 años, sin embargo, otras corrientes psicoterapéuticas tuvieron un prolífico desarrollo. Esto puede observarse en las psicoterapias sistémicas, cognitivo-conductuales, psicoanalíticas, guesálticas, psiquiátricas, delezianas, etc. Los aportes de estas líneas teóricas, muchos de ellos valiosos, se basan sin embargo en premisas epistemológicas y teóricas que Pichon-Rivière había, ya por entonces, cuestionado y superado.

En el contexto de la psicoterapia argentina actual aparece lejana la perspectiva integradora de José Bleger (*Psicología de la Conducta*, *Psicoanálisis y dialéctica materialista*) y escamoteado o desconocido el Pichon-Rivière de "Una nueva problemática para la Psiquiatría", "Una teoría de la enfermedad", "Aportaciones a la didáctica de la psicología social", etc.

A pesar de que Pichon-Rivière produjo mucho más de lo que dejó escrito —como atestiguan sus discípulos— entiendo que su obra escrita es importante y constituye, visto desde hoy, la más significativa referencia con que contamos para retomar y desarrollar una clínica pichoniana. Hay un esfuerzo que no debe eludirse, y es la lectura y estudio del conjunto de la obra escrita de Pichon-Rivière, aquella que comienza en 1934 y termina en 1977. Por medio de esta lectura puede llegar a lograrse una idea totalizante respecto de cómo y por qué planteó, en cada momento de su evolución teórica, cierta perspectiva clínica (ver nota al final de este artículo).

Aportar elementos que estimulen y reabran el debate sobre los rasgos de identidad de la clínica pichoniana requiere de una tarea previa que es situar las coordenadas definitorias del conjunto del aporte picho-

niano, esto es, los fundamentos del Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO).

Desde el punto de vista pichoniano:

- La estructura y proceso social, y sus dimensiones comunitarias, institucionales, organizacionales, grupales y vinculares, debe ser entendido como un factor interno, determinante de la configuración del mundo interno de los sujetos y desde allí de su conducta. El orden social da origen, determina, la subjetividad, y opera, vía internalización, desde el propio sujeto. Como señala Pichon-Rivière apoyándose en Marx, no hay nada en el hombre que no sea producto de la interacción de individuo, grupos y clases. La complejidad y espesura propia del orden social se conjuga en cada sujeto en forma específica y particular, esto quiere decir, de manera única e irrepetible ya que el proceso de internalización no es lineal o especular. Nos referimos en este primer punto, entonces, a las fundamentales nociones de sujeto situado, emergente y a la vez protagonista del vínculo y la historia.

- El psiquismo o mundo interno es un sistema abierto, cuya tendencia immanente y primaria es a la creatividad, la adaptación activa, el aprendizaje, esto es a la transformación interna y con el contexto. Esta tendencia general aparece sólo afectada seriamente en los casos más graves de enfermedad mental.

- El sentido de la teoría debe ser la práctica, el logro de mayor salud mental en una comunidad concreta. A la vez, la práctica es ciega si no se apoya en una teoría pertinente. Por eso Pichon-Rivière decía, citando a Kurt Lewin, que "no hay nada más práctico que una buena teoría". La ciencia parte de nociones generales, tanto filosóficas como teóricas, en las cuales se apoya para, a partir de una práctica específica, investigar y transformar un campo específico. En ese encuentro de teoría y práctica se produce un conocimiento que articulará lo general de la teoría y lo particular de la práctica para descubrir lo específico del proceso investigado (la contradicción particular). El proceso siguiente es estudiar el movimiento de lo específico desde el punto de vista del desarrollo concreto de cada proceso y en el marco de las condiciones externas de este desarrollo. La interrelación teoría/práctica es un rasgo de identidad de la teoría pichoniana e implica el trabajo de una actitud que no lleve a perderse en el ping-pong de la pretarea. Una concepción dialéctica de la relación teoría/práctica es uno de los requisitos de una actitud científica que

eluda dos formas habituales de esterilidad: la generalización excesiva propia del dogma y el empirismo estrecho, es decir, el del saber particular no articulado teóricamente.

- La Psicología Social, y por inclusión la psicología social clínica, debe aportar a la salud popular y nutrirse de las actividades sociales, particularmente las luchas populares, que al decir de Ana P. de Quiroga gestan, desde sus prácticas sociales y políticas, procesos de recuperación, defensa y promoción de la salud tanto como de prevención de la enfermedad.

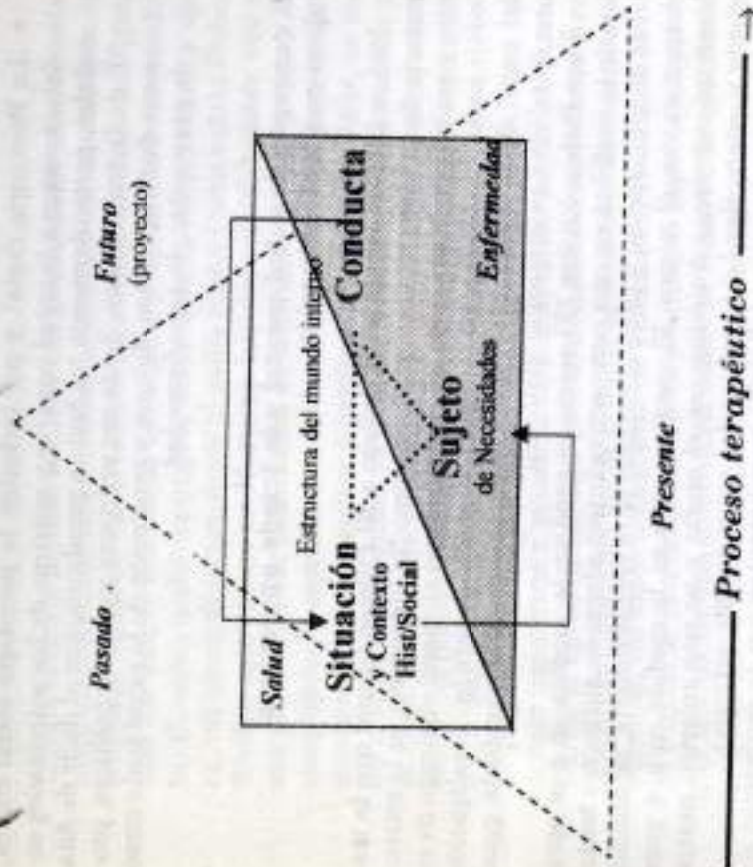
El concepto de salud mental y la tríada operacional sujeto-conducta-situación

Pichon-Rivière señala en el Prólogo a *El Proceso Grupal* que la trayectoria de su tarea puede describirse como "la indagación de la estructura y sentido de la conducta, en la que surgió el descubrimiento de su índole social...". Agrega que abordó sistemáticamente la investigación del papel de la tristeza desde una comprensión de la conducta como una "totalidad en evolución dialéctica".

Para Pichon-Rivière "El sujeto es sano en la medida en que apprehende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, y tiene capacidad para transformarla, modificándose, a su vez, él mismo. El sujeto es sano en la medida en que manifiesta un *interjuego dialéctico con el medio* y no una relación pasiva, rígida y estereotipada" (cursivas del autor de este artículo).

Estas significativas definiciones, coherentes con la concepción del sujeto que fundamenta su perspectiva, son un punto de partida insoslayable de la clínica de fundamentación pichoniana. Desde el punto de vista de la operación terapéutica se nos presenta una tríada conceptual de primer orden: la interrelación sujeto-conducta-situación.

Situados en la escena clínica partimos de comprender y evaluar la pertinencia o no de una conducta, siempre con relación a la situación en la que se da. No hay aspecto del mundo interno del sujeto que no tenga un nexo interno con un vínculo, y por lo tanto un *otro*, actual o pasado. Esa consideración tiene importantes consecuencias prácticas, ya que la indagación psicológica se focalizará no sólo en la comprensión de una modalidad de funcionamiento intrapsíquico sino también en la relación de esta dramática interna con la dramática externa. Desde ya que el proyecto de cambio terapéutico en la psicoterapia de un sujeto se dirigirá principalmente a la modificación del propio sujeto (tanto su



"perspectiva" como sus "conductas"; sin embargo, la consideración vincular, por oposición a una comprensión abstracta e individualista, ampliará notablemente la capacidad de comprensión y operación terapéutica. El análisis sistemático de los vínculos (reales e internalizados) y eventuales entrevistas vinculares en las que se incluyen en la terapia otros significativos del paciente, acelerará el proceso terapéutico y permitirá la modificación de aspectos intrasubjetivos, de otra manera difícilmente modificables. Este hecho, que constata la práctica clínica

² Adaptación de un mapa conceptual desarrollado por el Equipo ICP (Investigación en Clínica Pichoniana) coordinado por el autor de este artículo.

diaria, muestra la eficacia de la acción del otro concreto, real, en la configuración del mundo interno. Procesos internos como la elaboración de la ambivalencia, la desidealización de las figuras parentales, la elaboración de la situación triangular básica, el logro de un sentimiento de identidad y un proyecto propio, son particularmente favorecidos por un contexto vincular que juega como facilitador, a lo que la terapia puede ayudar mucho. No hay elaboración intrapsíquica que no se juegue en la cancha de la escena cotidiana, familiar, laboral, social. El mundo interno del sujeto se externaliza permanentemente en sus vicisitudes cotidianas. La estructura y dinámica del mundo interno se hace visible por su externalización, y desde el punto de vista pichoniano tiene su génesis en las experiencias concretas del sujeto, en su tránsito por una historia vincular y social.

Cuando nos referimos al concepto de situación hacemos referencia al conjunto de relaciones y significaciones que hacen al escenario de experiencias del sujeto. Esto incluye tanto los aspectos más inmediatos del entorno como los más mediatos, es decir, al contexto social general que siempre está presente y operante, aun en lo que consideramos como más inalienable y propio. La dialéctica de los hechos muestra que en lo más íntimo está lo social y que lo social conlleva también lo más íntimo, es decir, la escena interna, los avatares sensoriales y emocionales de la dramática interna de los sujetos, dramática en la que se pone en juego la fantasía inconsciente comprendida como una estrategia inconsciente de satisfacción de una necesidad.

Hablamos del sujeto y de la situación. El tercer término de la tríada clínica-operacional es, como dijimos, la conducta. La conducta, esto es las operaciones materiales y simbólicas de los sujetos en una situación dada, es la forma en que el sujeto mismo se presenta. Conducta es acción, tanto a nivel práctico como simbólico. Las conductas son un emergente de la relación del sujeto con una situación concreta. Dialécticamente, la relación del sujeto con la situación es también una conducta. La conducta es el tercer término que condensa en cada aquí y ahora las determinaciones subjetivas y objetivas de la situación. La conducta no es el sujeto sino más bien es el sujeto en ese espacio-tiempo. La conducta es una estructura, una unidad múltiple, y es estructurante en el sentido de que la acción crea al sujeto, sujeto que es sin embargo protagonista, crítico o alienado, de la misma. La conducta es, por lo ya dicho, situacional, motivada, direccional, significativa, histórica, concreta.

La estructura de necesidades del sujeto

Pichon-Rivière propone el concepto de necesidad como alternativo al concepto psicoanalítico de pulsión y al de deseo.

El concepto de necesidad tiene una profunda significación, ya que, situando al sujeto en su intrínseca concreta y materialidad, subraya, a la vez, el carácter esencialmente activo, prospectivo, creativo del mismo. Pichon-Rivière opone el concepto de necesidad al concepto psicoanalítico de deseo, en tanto éste es definido metafísicamente por Freud y sus seguidores como un movimiento por esencia regresivo, cuyo sentido es la búsqueda infructuosa de un objeto inhallable, perdido o ausente estructuralmente. Desde esta concepción del deseo la relación del sujeto con la situación es subestimada en tanto tiende a ser tomada como simple mediación de los fines internos del sujeto, sus pulsiones o deseos. Los otros aparecen así, en última instancia, como una contingencia cuyo sentido es ser objetos de la satisfacción pulsional del sujeto. La noción psicoanalítica de deseo, si bien subraya la existencia de un grado de libertad subjetiva, induce a tomar la realidad externa como una entidad de segundo orden, como simple pantalla proyectiva. Por ese motivo niega la eficacia configurante del *otro concreto* y la situación sobre el sujeto, y por lo tanto se escamotean las condiciones reales de esa libertad subjetiva.

La necesidad, o más bien lo que podríamos definir como la *estructura y dinámica de las necesidades del sujeto*—subrayado así el hecho evidente de la multiplicidad de necesidades que coexisten en unidad y contradicción en cada persona—son el fundamento motivacional del vínculo. Las necesidades dan fundamento y originan el vínculo, y a la vez son emergentes de él. Como señala Ana P. de Quiroga, la necesidad no es una *última ratio* del movimiento del psiquismo, reiteramos, fundamento y causa del movimiento del psiquismo y la conducta, aunque también, dialécticamente, emergente y consecuencia de la relación del sujeto con el mundo. Por ello hablar de "estructura de necesidades", entendiéndolas plurales, aparece como una forma de quitarle carácter excesivamente generalizador, reificado y fetichista que en las relaciones el concepto de necesidad adquiere.

Las necesidades (subjetivas, corporales, sociales) pueden ser registradas o negadas por el sujeto y su grupo mediato e inmediato. Son manipuladas, codificadas, creadas y orientadas desde un orden social concreto.

Haciendo abstracción de las particularidades que adquieren las necesidades humanas en cada orden social y momento histórico, y des-

de el punto de vista de una psicología social clínica, podemos mencionar como ejemplos de necesidades las de *subsistencia y autoconservación*, las de *dependencia* (no soledad), *autonomía* (no indiscriminación), *seguridad básica e identidad*, *sexuales y eróticas*, *reparación y trascendencia*, la de *ser querido, protegido y aceptado por los otros internos y externos*, la de *comunicación y entendimiento*, las de *cambio y no cambio relativo* (identidad), las de *identificación y alteridad*. Tal vez, en última instancia, podrían incluirse todas estas necesidades en tres grupos básicos.

Necesidades de:

- a) *Autoconservación y seguridad*
- b) *Emocionales*
- c) *De desarrollo y realización personal y social*

No incluyo en esta lista las necesidades de agresión y la autodestructividad, ya que las considero, en consonancia con el pensamiento pichoniano, como no primarias sino secundarias a la frustración y la escasez. La agresión y la autoagresión, más que pulsiones o tendencias fundamentales que explicarían algunas conductas, son conductas emergentes que es necesario explicar a través de la comprensión de complejos procesos psíquicos derivados de la frustración de las necesidades fundamentales.

El conflicto psíquico tiene por fundamento la contradicción de necesidades así como las complejas interrelaciones que las necesidades establecen con las ansiedades básicas (miedo a la pérdida y al ataque) y los procesos elaborativos. La necesidad, fundamento de la subjetividad, es, como dijimos, a la vez emergente de la relación con el mundo. El "simple" hecho de alimentarse y registrar el hambre puede presentar severas perturbaciones, que tienen su fundamento en procesos vinculares y simbólicos; en la especie humana el "hambre" psicológico puede desplazarse como "hambre" corporal.

Mundo interno o grupo interno

La noción de mundo interno o grupo interno, en tanto remite a la dimensión representacional, le da especificidad a nuestro campo en tanto perteneciente a una psicología (social). Nuestra concepción del mundo interno, particularmente desde el punto de vista de la tarea clínica, requiere desarrollos tanto conceptuales como operacionales.

Necesitamos crear categorías de diagnóstico de salud y enfermedad, multidimensionales, estructurales y situacionales, que tengan base en la dinámica interna de ese mundo interno y su interrelación con el mundo externo.

El concepto de mundo interno es fundamental y refiere no sólo a la inscripcón de la experiencia, sino al proceso de atribución de significaciones por parte del sujeto. El sujeto no es un mero efecto de una estructura sino que es un sujeto protagonista, activo, como lo hace visible la concepción pichoniana del Self como "núcleo del Yo" y "estratega" de la conducta a través de la proyección de vínculos y objetos en las distintas áreas de representación de la conducta.

Nuestra psicología (social) es injustamente acusada de escamotear la dimensión intrapsíquica y tener una caída hacia la sociología en perjuicio de lo psicológico.

¿ Nuestra perspectiva clínica no escamotea el papel de las representaciones, fantasmas, mecanismos y necesidades regresivas pero no focaliza lo subjetivo en forma unilateral escotomizando el papel de las relaciones sociales-vinculares, desdibujando así la dialéctica fundante sujeto-mundo. La psicología social clínica considera al otro concreto y no sólo simbólico como co-determinante de la conducta del sujeto, en tanto ese otro se mueve, de hecho, hacia la gratificación o la frustración.

La indagación operativa de la estructuración psíquica hace visible la coexistencia de diferentes espacios y tiempos cronológicos y lógicos en el mundo interno de los sujetos.

Los contenidos y significaciones de ese mundo interno son escenarios del conflicto psíquico, conflicto que alude, a la vez, a los matices contradictorios de la situación referida en la representación simbólica.

Cada aquí/ahora de la situación presente, desde cada uno de sus matices contradictorios, evoca y convoca representaciones vinculadas a momentos históricos personales y sociales específicos, caracterizados a su vez por rasgos opuestos que constituyen su unidad. Por no ser directa la relación del sujeto con el mundo, por existir la mediación representacional, estrechamente vinculada a la práctica del sujeto, es que la crisis social no es linealmente crisis del sujeto. La crisis social tiene efectos ineludibles en las personas, aunque es sólo la condición de la crisis subjetiva. La crisis social plantea al sujeto el desafío de la elaboración subjetiva del existente y la planificación, en cada aquí y ahora, de la esperanza o proyecto.

Los efectos de ruptura, sorpresa, subversión, observables en la conducta humana, no son en nuestra teoría efectos de la acción de un sis-

tema inconsciente sino rasgos inherentes a la subjetividad humana, comprendida como estructurada y *estructurante*, unidad de lo múltiple intrínsecamente creativa. La tendencia de lo psíquico a la creatividad, al desequilibrio y al cambio corresponde al psiquismo como un todo, uno y múltiple a la vez. La resolución dialéctica de contradicciones y obstáculos se constata por la emergencia de cualidades nuevas, contenidos novedosos, en un proceso espiralado que se detiene situacionalmente sólo en caso de existir obstáculos significativos y/o severas patologías mentales.

En la clínica pichoniana la escena interna (por lo general implícita o inconsciente) se interpreta en la medida que se constituye como observable. Por ello el punto de partida *teórico y técnico* es analizar la operatividad de la conducta entendida como movimiento totalizador, la multidimensionalidad o unilateralidad de su despliegue, el avance o no del esclarecimiento. Para "diagnosticar" esta operatividad es necesario visualizar la operatoria de los procesos inconscientes propios de la escena interna en su unidad y contradicción con los procesos de la escena externa. Los signos de superposición e interferencia entre ambos aspectos, propios de ciertos procesos transferenciales, son interpretados, lo que apunta a aumentar la capacidad de autognosis y el desbloqueo de la potencialidad creativa del sujeto.

El sujeto habla desde su escena interna y, como lo demuestra la experiencia clínica, es a la vez "hablado" por la misma. Es un intérprete de su escena a la vez que un efecto de ésta. Es el protagonista, tanto en el papel de oponente y/o ayudante, de las imágenes y significados que emergen en su interior. Esta experiencia genera muchas veces la gratificante sorpresa del descubrimiento y otras el inquietante extrañamiento propio del encuentro con lo siniestro.

El aspecto más regresivo de la escena interna es el vinculado al grupo primario internalizado ("la familia" según Ronald Laing), íntimamente relacionado a las vivencias más internas del propio cuerpo. Cuerpo y grupo son lugares privilegiados de sostén y de no sostén. Desde esas alternativas de presencia o ausencia, por su carácter de encuadre interno, dan soporte a la identidad y/o amenazan arrojar al sujeto al colapso.

Los aspectos menos regresivos de la escena interna refieren a experiencias posteriores, vinculadas a los grupos secundarios por los que transitó el sujeto. Por lo general, éstos se presentan en la forma de simbolizaciones más discriminadas. Desde el punto de vista clínico la salud está más bien del lado de la posibilidad de relacionar y diferenciar los apogos primarios y secundarios, proceso que requiere de un

grado aceptable de elaboración de la situación triangular básica (Complejo de Edipo).

A través de un pasaje exitoso por esta experiencia emocional que se comienza a desarrollar en la primera infancia ("no hay dos sin tres") es que aprendemos que excluir a otro en forma temporal no es necesariamente "dañarlo o destruirlo", y que ser excluido es una situación que puede ser tolerada. Esta situación triangular, sobre todo su desenvolvimiento durante el primer año de vida, da por resultado un logro esencial para la salud del sujeto, la posibilidad de tolerar la contradicción y la ambivalencia. Desde este logro es que se hace posible percibir al otro como otro diferenciado y no un apéndice de la propia necesidad o por lo contrario un extraño.

La elaboración de la situación triangular básica implica también la desidealización de las figuras parentales o sus sustitutos y un grado aceptable de desarticulación de la escena narcisística protectora aunque paralizante. La parcialización del sujeto propia de la pretarea, en la que se siente extraño de sí, se transforma en contacto consigo, autognosis y emergencia de una significación más plena (integración del pensar, sentir y actuar así como de las áreas de la mente, el cuerpo y el mundo).

La sobrevivencia de lo "infantil" y "loco" en la escena interna del adulto y en su misma conducta tiene base en la ontogenia, en el historial del propio sujeto, así como en el sistema de relaciones sociales actuales que desde su alienación intrínseca, desde sus "fracturas" (Ulloa), permanentemente convoca y produce procesos regresivos, disociados, siniestros y mágicos⁵.

⁵ Al abordar ciertos temas como el del mundo interno y los procesos inconscientes inevitablemente se resurge y actualiza un debate que ya lleva varias décadas: el de la relación entre la psicología social pichoniana y la teoría psicoanalítica. Me parece importante subrayar que la crítica de Pichon-Rivière al psicoanálisis no fue principalmente a la institución donde éste se desarrollaba —con las que tuvo innumerables polémicas y de la cual fue marginado— sino que fue el propio cuerpo teórico psicoanalítico. Pichon-Rivière tuvo incluso posturas diferenciadas respecto de movimientos como Plataforma y Documentación cuyos cuestionamientos no fueron centralmente a la teoría psicoanalítica. Estos movimientos cuestionaban la organización elitista y autocrática de las instituciones psicoanalíticas (tanto la APA como la IPA) pero no las premisas teóricas en que se sustentaban. Estos movimientos llegaron a postular una articulación del psicoanálisis con el marxismo, aunque el mismo era realizado desde una perspectiva ecléctica. Pichon-Rivière explicó en un artículo del año 1972 (Pichon-Rivière - Ana P. de Quiruga, "Del Psicoanálisis a la Psicología Social", octubre 1972. Publicado en la revista *Actualidad Psicológica*, Año 12, N° 133, 1987) que la tarea necesitada era la de crear una perspectiva teórica nueva que desde las premisas del materialismo dialéctico e histórico realice una intervención crítica en el cuerpo teórico psicoanalítico, separándolo lo verdaderamente de lo erróneo.

Lo inconsciente, lo siniestro y la instrumentalidad del Yo

Pichon-Rivière siempre concibió la noción freudiana de lo inconsciente como un aporte valioso. Le daba a ese concepto una significación distinta a la que le daba Freud en tanto se refería a lo inconsciente, es decir, a una *cuantidad* de lo psíquico y no a *el* inconsciente, ya que no lo consideraba una *instancia* psíquica. Por otro lado, consideró a lo consciente y al Yo como teniendo una posibilidad de autonomía mayor a la que había considerado Freud (Angel Fiasché). Su idea de un yo instrumental no implicó una adhesión a la Psicología del Yo, psicología que planteaba la existencia de un "área libre de conflictos". Pichon-Rivière no suscribió, sino que, por lo contrario, polemizó con este concepto, ya que la psicología del Yo negaba al conflicto como inherente a todo funcionamiento psíquico, normal o patológico. La idea de conflicto psíquico es un aporte fundamental de Freud que Pichon-Rivière toma e incluye en su esquema conceptual. Los conflictos y contradicciones intrapsíquicas, así como las que tiene el sujeto con el mundo, son la causa de la conducta, entendida ésta como conjunto de operaciones materiales y simbólicas por las que un sujeto en situación intenta resolver las contradicciones internas y con el medio.

El concepto pichoniano de adaptación activa y el énfasis que este concepto pone en el carácter instrumental y situacional de las técnicas del yo no significó nunca una concepción adaptacionista y superficial. Este concepto, por lo contrario, apunta a subrayar la complejidad de la relación del hombre con el mundo e incluye otra dialéctica, la del sujeto con sus propios núcleos regresivos ante los cuales establece mecanismos más o menos instrumentales y operativos.

Pichon-Rivière piensa al sujeto como teniendo un diálogo permanente con sus propios fantasmas y su propia historia. La relación con lo extraño y lo siniestro es por ello omnipresente en la obra pichoniana, y puede ser considerada parte del devenir normal de la subjetividad. Los aspectos no resueltos, no simbolizados, o que resultan psicológicamente intolerables, pueden depositarse en el área corporal y/o convocar defensas psíquicas rígidas y estereotipadas. En casos extremos de patología "el sujeto es una burla de sí, su 'negativo'. Le falta la revelación de sí mismo, su denominación como hombre. La situación se le presenta con un dejo de extrañeza, y es esa extrañeza la que lo desespera, acudiendo para sobrellevarla a comportamientos extraños a él como sujeto, pero afines con él como hombre alienado⁵.

⁵ Pichon-Rivière. "La noción de tarea en psiquiatría", en *El Proceso Grupal* (pág. 34). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.

Lo siniestro está en última instancia vinculado a las experiencias de pérdida no elaboradas y a la falta situacional de defensas rígidas, establecidas con anterioridad. Sin embargo, la intensidad de la experiencia emocional de lo siniestro, así como otras formas de contacto con la "falta" o "ausencia", no tiene una magnitud ahistórica y esencial sino más bien está vinculada a la internalización de un orden social alienado y alienante.

En función de estas consideraciones el descentramiento del sujeto respecto de la conciencia que plantea el psicoanálisis debe ser reubicado en un término más abarcativo: el descentramiento del sujeto en tanto principio y fin de la comprensión psicológica sino más bien como uno de los términos de una dialéctica indivisible tanto en la salud como en la enfermedad, la del sujeto y el mundo. Por este motivo, para comprender lo más subjetivo es necesario estudiar y comprender las relaciones reales en las que su existencia ocurre. El sujeto está descentrado de su conciencia por la operación de mecanismos defensivos que tienen su fundamento último en la internalización de un orden social alienado. Lo inconsciente es lo inconsciente histórico-social. El contenido de lo inconsciente es tanto los fantasmas o fantasmas inconscientes como las ideologías, que tienen su manifestación específica en las matrices de aprendizaje y vínculos.

Núcleo patogenético central y situación depresiva básica

La idea de Núcleo Patogenético Central es otra hipótesis fuerte de la clínica pichoniana que mantiene su validez también respecto de las patologías actuales predominantes.

Su sentido fundamental es plantear que los diversos cuadros psicopatológicos son intentos de desprendimiento, elaboraciones fallidas de un mismo núcleo central patogenético, de naturaleza depresiva. En el proceso de enfermar, las ansiedades que genera ese núcleo son ansiedades psicóticas. Esto se hace visible por la intensidad de las mismas, por la vivencia de catástrofe implicada y por los mecanismos arcaicos con los que intenta defenderse el sujeto.

La enfermedad mental es un proceso que implica cierto grado de

ruptura de la dialéctica mundo-interno/mundo externo en términos de alteración de la comunicación y el aprendizaje. Desde el punto de vista del sujeto, de sus contradicciones internas, la acción del núcleo patogenético central es la causa más determinante de esa ruptura. Esto significa que la dificultad que presenta en su relación con la realidad externa y consigo mismo es derivada de un grado de sufrimiento que se le hace, situacionalmente, intolerable e inelaborable. Por ello emerge el proceso patológico, que debe entenderse como una estrategia fallida (o inconsciente) de preservación de sí ("preservar lo bueno, controlar lo malo").

Al señalar la alta significación estructural que tiene la acción del núcleo patogenético no queremos decir que la conducta patológica dependa de un factor "simple". El núcleo patogenético tiene una estructura en sí misma compleja, y además, para constituirse, depende de la concurrencia de una multiplicidad de factores.

El análisis de un sujeto que enferma muestra que la aparición de una neurosis o psicosis y la constitución del correspondiente núcleo patogenético central emerge de un proceso complejo (Principio de policausalidad). El proceso tiene sus causas en la historia del sujeto, por lo que podríamos decir que el factor disposicional se viene "preparando". La suma de pérdidas no elaboradas o insuficientemente elaboradas constituyen el contenido de este factor. Para eludir esta elaboración el sujeto recurrió al uso de mecanismos del yo, que por su función predominantemente defensiva presentan un grado de rigidez y estereotipia significativo. Los mecanismos defensivos "frenaron" la ansiedad vinculada a la pérdida, pero a costa de la ruptura o deterioro de la relación con aspectos de la realidad y de sí mismo. Por ello, cada elaboración fallida de las situaciones de crisis y pérdida aumenta el grado de disposición a la enfermedad. El sujeto presenta entonces mayor cantidad de aspectos no elaborados, producto de la evitación de la Situación Depresiva Básica. Su enfrentamiento hubiese implicado un conflicto básico, el de la ambivalencia, esto es la asunción de la contradicción amoródio en el seno de los vínculos emocionalmente más significativos. Evitar este conflicto implicó el no haber podido entrar conscientemente en contacto con la ambivalencia. En su escena interna el sujeto se encuentra atrapado en un vínculo divalente con objetos idealizados, tanto buenos como malos (esto es, unilateralmente valorados). Todo proceso de cura requiere la reaparición del dolor vinculado a la pérdida, la desidealización de las figuras primarias (los padres, hermanos, etc.) y la asunción de la ambivalencia y contradicción en los vínculos.

² Matrices de Aprendizaje y Vínculo. Concepto propuesto y desarrollado por Ana P. de Quiroga. (Ver *Matrices de Aprendizaje. Constitución del sujeto en el proceso de curación*, Ediciones Clasa, Buenos Aires, 1991).

Puse el acento hasta aquí en los factores de predisposición a la enfermedad mental. Sin embargo, es necesario subrayar que el proceso de enfermar es siempre desencadenado por una situación actual de frustración o pérdida que sucede en un contexto de inexistencia o insuficiencia de sostenes vinculares. Las condiciones externas frustrantes (la inexistencia o insuficiencia de sostenes) se articulan con aquellos aspectos no elaborados. Se desencadena así un proceso regresivo—depresión regresional— que va a conducir a un manifiesto proceso de enfermedad. Los aspectos no elaborados y un grado elevado de intolerancia a la ambivalencia, al que ya nos referimos, son los factores posicionales del proceso. En el desencadenamiento del proceso patológico, lo que fue siendo acumulación de aspectos no elaborados de la situación depresiva básica se transforma, a través de un salto cualitativo, en un emergente patológico: se constituye, entonces, el núcleo patogenético central, y la conducta del sujeto muestra signos de ruptura de la dialéctica intrasistémica e intersistémica, esto es, de la relación con el mundo externo y consigo mismo.²⁶

Al ponerse en juego ese proceso patológico, que conlleva el fracaso de las defensas y mecanismos más instrumentales del sujeto, lo principal de la actividad psíquica pasa a estar orientado por la acción del núcleo patogenético. La pérdida o frustración que desencadenó el proceso de crisis se inscribe, entonces, a través de un devenir no lineal sino metamorfosándose, por acción de la fantasía inconsciente, como escena interna de destrucción, movilizándose las ansiedades más primarias de indefensión (psicóticas). Esta vivencia, que Pichon-Rivière describe como de "catástrofe depresiva", capta la actividad del sujeto, quien impotentizado y con el intento de defenderse de la ansiedad, recurrirá a semi-conductas, características de la pretarea. Estas conductas tienen, casi absolutamente, un sentido defensivo, por lo que tenderá a estabilizarse un proceso patológico a través de una neurosis o una psicosis: se generará así un círculo vicioso difícil de romper.)

La posibilidad de apertura de ese círculo, es decir, el desarrollo de un nuevo proceso dialéctico en espiral, podrá inferirse cuando se comience a observar, por la acción del proceso terapéutico, la reaparición de procesos de elaboración de la ambivalencia, de reconfiguración de los apoyos, y la superación de inhibiciones o parcializaciones del pensamiento, la emoción, la fantasía y la acción.

Problemáticas clínicas, teóricas y técnicas

Desde el punto de vista del desarrollo y actualización de la psicología clínica pichoniana tenemos varios puntos de urgencia. Me referiré a algunos de ellos.

Uno es el del diagnóstico, es decir el desarrollo y actualización de los diagnósticos psicopatológicos. Por supuesto que junto con esto, y por la perspectiva dialéctica implicada en la teoría pichoniana, es necesario desarrollar el diagnóstico no sólo de enfermedad sino de salud. El diagnóstico debe apuntar a construir criterios que subrayen lo más significativo desde el punto de vista del conflicto del sujeto y su relación con el contexto, tanto en el campo sintomático como en el de la estructura de vínculos externos e internos.

Hoy, habitualmente, se oscila entre consideraciones meramente estructurales, por ejemplo al hablar de neurosis, histeria, cuadros borderline, etc., que en muchas ocasiones generalizan excesivamente, y por lo tanto parcializan, la complejidad de la problemática de los sujetos; y consideraciones meramente sintomáticas, como por ejemplo trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de alimentación, que también tienden a parcializar esa problemática. Ambas perspectivas, la estructural (psicoanalítica) y la sintomática (psiquiátrica y/o cognitivo-conductual), son innegablemente útiles con relación a ciertas cuestiones prácticas, pero en última instancia tienden a referirse a sujetos abstractos y aislados. Por eso constituyen un obstáculo respecto de la comprensión multidimensional de la conducta de los sujetos y la delimitación de lo que en cada aquí/ahora/connmigo del tratamiento constituye el punto de urgencia, es decir, la contradicción principal que debe, y no puede por presencia del obstáculo, resolverse en una situación dada.

Con relación a la problemática del diagnóstico estructural, multidimensional y situacional, son nociones a desarrollar y explorar las de foco terapéutico, situación actual conflictiva, núcleo problemático actual, punto de urgencia, etc. Estas nociones refieren a uno de los problemas más complejos desde el punto de vista práctico y epistemológico: el de la delimitación de la unidad situacional de lo múltiple, esto es, el punto de urgencia o contradicción principal de cada aquí/ahora de la situación clínica. La aprehensión de la particularidad y especificidad implicada en cada momento del desarrollo de un proceso terapéutico es una de las cuestiones más difíciles de la clínica. Requiere la capacidad terapéutica de contención y sobre todo de descañamiento. Estas capacidades facilitan un logro estratégica y tácticamente indispensable, el de saber el lugar donde le "duele" al paciente. Un rico y flexible mane-

jo de lo general de la teoría y lo particular de la situación clínica específica, junto a una importante capacidad de empatía con el paciente, aportarán a que la práctica clínica logre abarcar al sujeto en toda su multidimensionalidad, sin por ello escamotear el contacto con la profundidad que en cada aquí y ahora debe ser esclarecida.

Otro tema teórico necesitado de desarrollo lo constituyen las patologías actuales entendidas, como aquellas que tienen como rasgos básicos comunes la fragmentación subjetiva y vincular, la fragilidad y la vivencia de vulnerabilidad en la interacción. Esclarecer la estructura interna de las mismas, y el contexto vincular de la que son emergentes, implica, por extensión, el estudio del inmenso daño psicológico causado por el actual orden social, así como las formas colectivas e individuales de reparación y elaboración de este daño.

La estructura que presentan las patologías actuales (fragmentación, fragilidad, vulnerabilidad) actualizan el debate sobre una problemática técnica: el de la relación del sostén y el no sostén en el proceso terapéutico. Me refiero al sostén que genera el terapeuta cuando acciona desde un lugar más presente cuyo objetivo es más bien confirmar el despliegue de un proceso elaborativo, y cuando, por lo contrario, acciona desde un lugar más "ausente", más "prescindente" apuntando a favorecer el despliegue, y sobre todo la profundización, de las contradicciones del sujeto. Entiendo que desde el punto de vista pichoniano la lectura del terapeuta se focaliza, a veces simultáneamente y otras veces alternadamente, en las dimensiones progresivas y regresivas de la situación clínica, así como en las significaciones emergentes consideradas desde el punto de vista del pasado, del presente y del proyecto (futuro). Las supuestas diferencias entre un encuadre terapéutico y un encuadre operativo son, desde un punto de vista pichoniano, más bien tácticas y no estratégicas.

Otro tema necesitado de desarrollo es el de la implementación de recursos expresivos y creativos en el marco de la terapia. También lo es el de una comprensión más profunda de la dimensión corporal, tanto en lo referido a las somatizaciones como al rico y complejo código expresivo propio del área dos: las sensaciones y percepciones corporales, el esquema y la imagen del cuerpo. Es decir, el cuerpo en la representación y el cuerpo expresivo y vincular.

Es indispensable y constitutivo del campo de la clínica psico-terapéutica el conocimiento de las tramas y vicisitudes de la cotidianidad, de sus procesos a veces muy variables, cambiantes. Las rápidas desestructuraciones y reestructuraciones de la cotidianidad se asientan en un proceso histórico-social más general, que de no ser com-

prendido hace casi imposible evaluar pertinentemente conducta alguna.

Son muchos los temas aludidos y abordados en este trabajo. A la vez, constituyen una pequeña parte de los desafíos que nos plantea una clínica pichoniana actual. Espero que este trabajo estimule un debate y ayude a reabrir la problemática planteada. Esa temática importa principalmente a quienes trabajamos en el campo clínico, a quienes nos definimos como psicólogos sociales clínicos o como psicoterapeutas pichonianos. Sin embargo competen a un universo más amplio, al conjunto de los trabajadores de la salud mental abocados al campo de la asistencia como al de la prevención y promoción de la salud. Tenemos por delante un importante desafío.

Nota: Es importante tener en cuenta que una comprensión adecuada del ECRO debe partir del punto de mayor desarrollo del mismo. El punto de llegada de la obra pichoniana se produce entre mediados de la década del 60 y 1977. Lo que para Pichon-Rivière fue un punto de llegada debe constituir para nosotros un punto de partida. En esta última etapa, de madurez teórica, Pichon-Rivière confirma y precisa la perspectiva social que venía desarrollando durante el período de transición previo (inicio de los 50 a mediados de los 60), en el cual ya viene elaborando prácticas y conceptos que lo llevarán a definir una nueva perspectiva, un pasaje desde el psicoanálisis a la psicología social. En el marco de esa transición acuña y elabora desde su perspectiva conceptos como vínculo, espiral dialéctica, portavoz y grupo, que le permitirán realizar un salto cualitativo a mediados de la década del 60. Será en este momento que explicitará reiteradamente su perspectiva filosófico-epistemológica: el materialismo dialéctico e histórico. Partir y fundamentarse en el período de madurez de la obra pichoniana no implica excluir los aportes previos, que es fundamental rescatar, aunque situarlos desde el punto de vista de la historia de su producción histórica.

Los textos del último período que pueden considerarse fundamentales desde el punto de vista de la clínica son: "Una nueva problemática para la psiquiatría" (1967), "Una teoría de la enfermedad" (1970), "Prólogo" (1971), "Aportaciones a la didáctica de la psicología social" (1972), todos en *El Proceso Grupal*; "Del Psicoanálisis a la Psicología Social", ficha de Ediciones Cinco, 1972, octubre; "Instituciones de Salud Mental. Contesta Enrique Pichon-Rivière", revista *Los Libros de marzo-abril 1974*; "Entrevista E. Pichon-Rivière - Jacques Lacan". Respuesta de Pichon-Rivière a un cuestionario de la revista *Actuación Psicológica* N° 12, sobre Jacques Lacan, 1975, diciembre; "Freud: arte y cultura", revista *Crisis*, 1976, marzo.

De los textos anteriores a ese período que deben ser tomados teniendo en cuenta que corresponden a un período de búsqueda y transición, período en el cual Pichon-Rivière ya no es un psicoanalista y sin embargo no es aún un psicólogo social en el sentido de fundar una perspectiva propia, pueden consi-

derarse fundamentales los siguientes: "Comentario final al libro de Franco Di Segni *Hacia la pintura*", 1955; *El Proceso Creador. Teoría del Vínculo* (1956); "Esquema corporal", 1959; *La Psiquiatría, una nueva problemática*, "La Notación de Tarea en Psiquiatría", 1964, *El Proceso Grupal*; "Grupos operativo y enfermedad única", 1965, *El Proceso Grupal*.

Los aportes realizados por Pichon-Rivière entre 1934 y 1951 son objeto de un estudio en curso.

DESARROLLOS CLÍNICOS DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL PICHONIANA*

MARÍA DOLORES GALINANES
MARÍA HERNÁNDEZ

El objetivo de este trabajo es mostrar el abordaje clínico que realizamos desde la concepción científica del Dr. Enrique Pichon-Rivière, y el trabajo de elaboración al cual nos condujo la tarea de difusión que llevamos a cabo, desde el Seminario de Pre-grado para alumnos de 5° y 6° año de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario y desde el curso de clínica para egresados y alumnos avanzados de Psicología en el Colegio de Psicólogos de Rosario.

En sucesivas vueltas de espiral, Pichon-Rivière construye un Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) propio, que sustentado en el materialismo histórico y dialéctico, se desarrolla como Psicología Social, realizando una ruptura dialéctica con la concepción psicoanalítica, ya que como él mismo lo afirmara en el artículo "Del Psicoanálisis a la Psicología Social", en colaboración con Ana P. de Quiroga, aparecido en *Actualidad psicológica* en octubre de 1972: "El lugar teórico desde el que proponemos una revisión del esquema conceptual del Psicoanálisis e intentamos una fundamentación de la Psicología Social, es el de la dialéctica materialista, lo que indica la propuesta de un método: el método dialéctico. La elección de este lugar teórico implica, respecto al psicoanálisis, un cambio de problemática, la apertura de una nueva problemática. La psicología social que postulamos como teoría de la vida psíquica, constituye frente al psicoanálisis un espacio teórico diferente, una óptica distinta, una modificación de las premisas. Psicoanálisis y psicología social no representarían entonces posibilidades de una misma teoría, sino aparatos conceptuales separados por divergencias fundamentales, aun cuando uno aporta sus elementos al otro".

* Publicado en revista *Revista de Psicología Social* N° 22, octubre 2003.

La fundamentación materialista-dialéctica del ECRO puede deducirse de su concepción de la existencia de la realidad objetiva con independencia del sujeto que la refleja; de la consideración de la práctica como punto de partida del conocimiento; del reconocimiento del lugar fundante de la experiencia con otros en la configuración de la subjetividad; del papel determinante de lo social en su concepción del hombre, y el lugar de los vínculos, el grupo, la clase social en su definición del mismo; de su definición de sujeto como activo, emergente, producido y productor de su historia individual y social; de la definición de salud mental como adaptación activa, como praxis mutuamente transformadora del medio y el sujeto y su extensión al concepto de conciencia crítica (trabajado con Ana P. de Quiroga); de su concepto de conducta (tanto normal como patológica) y de los principios que la rigen; de su noción de mundo interno como reconstrucción de la realidad externa; de su concepción del movimiento como espiral dialéctica y, por tanto, del desarrollo humano; de su adhesión explícita al materialismo dialéctico.

A la vez conserva transformados y superados conceptos psicoanalíticos, como es la transformación de la definición de series complementarias, en el Principio de policausalidad, la inclusión de la determinación social en el mismo, y del elemento fenotípico en el factor constitutivo; el interjuego entre procesos conscientes e inconscientes, pero considerados éstos como cualidad de lo psíquico; la noción de conflicto psíquico entendido en términos dialécticos, como el de conflicto de ambivalencia, que juega un papel muy importante en la estructuración de un modelo vincular temprano normal o patógeno.

El psiquismo humano, como plantea Ana P. de Quiroga en *Apuntes para una Teoría de la Conducta*, es emergente del interjuego entre la organización biológica y la organización social. Es función del cerebro y producto social.

El orden social, una de las condiciones de posibilidad del psiquismo, lo determina a través de múltiples mediaciones. La interacción, el vínculo, el grupo, las instituciones, el orden social, son incluidos por Enrique Pichon-Rivière como causas internas y condición de posibilidad de la constitución del sujeto.

Esto se lleva a cabo a través de múltiples y complejos mecanismos de inducción, imitación, habilitación de metas y experiencias disponibles, identificación, introyección, proyección, etc.

La relación sujeto-mundo, sujeto-condiciones de existencia, mundo externo-mundo interno es dialéctica.

Los contenidos psíquicos están determinados desde las condiciones concretas de existencia y se configuran a partir de una praxis. La praxis

es hacer, acción transformadora, compromete al sujeto total, en su acción manifiesta y en su acontecer interno. Por tanto la representación y el pensamiento son acción procesada.

Con algunos ejemplos explicitaremos como trabajamos algunos de estos conceptos en la práctica clínica:

Se trata de una mujer de entre 35 y 40 años, muy bonita; es casada y tiene dos hijos: una mujer de 15 años y un varón de 12, se desempeña como docente de nivel secundario en una escuela técnica, en un baño chillerato, y en una escuela nocturna; realiza las tareas del hogar, y colabora en un comedor comunitario. Sus ingresos son el sostén estable del hogar, ya que el esposo realiza tareas agrícolas y sus aportes son discontinuos.

Llega a consulta luego de haber ingerido raticida en un intento de suicidio, del que se arrepiente pidiendo ayuda a su esposo. Es interna-da en terapia intensiva y logra conservar la vida; no obstante, debe continuar con un tratamiento y controles durante algún período, debido a los efectos que el veneno deja en la sangre.

Es central, en el inicio del tratamiento, tener en cuenta *qué, cómo y con quiénes* realiza su práctica cotidiana, y qué representación tiene de ella, ya que es en esa praxis en la que el sujeto enferma.

En este caso diremos que, como muchas mujeres docentes hoy, corre de una escuela a otra sin descanso, teniendo que utilizar muchas veces los fines de semana para preparar material para sus clases, ya que tiene varios cursos diferentes, y como es una persona sumamente exigente no se conforma con repetir o utilizar materiales ya aplicados. A esto se suma el peso de ser el "principal sostén económico", por tanto no se ha planteado disminuir horas de trabajo. Como mujer, padece una doble opresión, quedando a cargo de las tareas domésticas. Su sensibilidad social la lleva a ayudar a los más necesitados de su comunidad. Esta praxis la realiza casi como una automática, sin cuestionamientos, y con un grado importante de aislamiento de sus compañeros y amigos; ya que "no tiene tiempo", ha ido abandonando sus vínculos más significativos.

Un concepto íntimamente relacionado al de praxis, es el de conducta y los principios que rigen su configuración, tanto normal como patológica. Conducta es el "conjunto de operaciones materiales y simbólicas por las que un sujeto en situación tiende a resolver sus contradicciones internas en una relación permanente de modificación recíproca con el contexto. Tiende a resolver la contradicción que le es inherente como ser vivo: contradicción entre necesidad-satisfacción".

Es unidad de lo múltiple, unidad de elementos diferenciados y por tanto contradictorios que a la vez que se oponen, se diferencian, se articulan, son interdependientes. Es un conjunto de relaciones y procesos, es un sistema en permanente movimiento dialéctico.

En las operaciones materiales incluimos tanto las que acontecen en el orden biológico como las relaciones vinculares interpersonales, en las operaciones simbólicas las que se dan en el interior del psiquismo: sentimientos, imágenes, sueños, fantasías, ideas, técnicas instrumentales, etcétera.

La conducta implica la noción de modificación mutua, de relación intersistémica e intrasistémica.

Desde esta perspectiva estructural-dialéctica lo investigado es la red causal, la interacción de factores determinantes, su articulación.

En el ejemplo expuesto, además de la severa conducta autodestructiva, podemos señalar que no registra las señales de cansancio, tampoco puede dormir, suele padecer de noche "inexplicablemente" crisis parciales de pánico; no se alimenta adecuadamente.

Hay un grado importante de aislamiento y retracción social, "no puede estar con nadie a excepción de su esposo", aunque es una persona querida que cuenta con compañeras que la aprecian, y un grupo importante y sólido de amigas.

En relación a lo emocional tiene un importante bloqueo, no puede disfrutar de nada, está distante y fría, no se puede concentrar, teme haber perdido su capacidad intelectual.

Todos estos aspectos aparecen disociados, desarticulados entre sí y desprendidos de la práctica y los vínculos.

Para comprender el mundo interno hay que analizar la intersubjetividad y a medida que comprendemos el mundo interno se esclarece el vínculo. El mundo interno es el escenario en el que se representa una dramática interna, que interpreta, reconstruye la realidad exterior. Esa reconstrucción no es totalmente objetiva, sino que hay una selectividad, una interpretación subjetiva de la experiencia. Es un proceso, y tiene una historia.

E. Pichon-Rivière habla de mundo interno en movimiento, de una dinámica del mismo en el cual los objetos y contenidos interactúan entre sí, se afectan recíprocamente y se modifican.

Los personajes están articulados, ligados entre sí por diferentes argumentos; hay una multiplicidad de escenas que tienen que ver con nuestras múltiples experiencias. En él se van internalizando diferentes tipos de relaciones en diferentes momentos de nuestro desarrollo, de las cuales el grupo familiar es matriz.

En la paciente de la que hablamos es notable el retraimiento social que se ha sumido, se evidencia también una profunda dificultad para contactarse con su mundo interno; se ha rigidizado la relación mundo externo-mundo interno, produciéndose un importante desconocimiento de las razones de su sufrimiento, de los mecanismos psíquicos utilizados, de la relación entre su hacer, sentir y pensar. Se pueden detectar importantes temores inconscientes, que irrumpen como crisis parciales de pánico.

Hay una escena, entre tantas, que emerge con intensa angustia y opera como mandato: "ser una niña buena, excelente en todo lo que hace, querida y al servicio de todos". El mandato por el cual entra en crisis es el de "ser buena madre"; se siente desesperada y con intensa culpa, "teme que su hija se le haya escapado de las manos", a la vez y desde esa representación relativamente inadecuada (ya que es cierto que la misma no rinde como antes en la escuela y se vincula con un grupo que es mal visto en la comunidad) pone en juego una serie de conductas de control y seguimiento que, lejos de revertir la situación dolorosa, la acentúan, incrementando la distancia vincular con su hija.

Desconoce también la relación entre lo actual y lo histórico, el papel que el modelo vincular familiar ha tenido en la gestación de su conducta.

En el curso del tratamiento puede ligar su intento de suicidio con el de su abuela, a edad similar, con hijos de igual sexo y edades, realizado igualmente por ingesta de raticida, con similar arrepentimiento, pero del cual aquella no puede ser salvada por vivir en el campo.

Podríamos decir que el sujeto parece retornar al pasado y reeditar, repetir vínculos, revivir experiencias; pero, no es el mismo sujeto, ni idéntica familia, ni el mismo contexto el que opera en esta situación fundamentalmente distinta.

Los mecanismos defensivos fundamentales utilizados, que tienen la cualidad de estereotipados e inconscientes son: disociación, negación y control omnipotente de las ansiedades.

La causa de la vida psíquica, el motor, es la necesidad, o estructura de necesidades (bio-psico-sociales). Las necesidades se configuran y satisfacen socialmente, en relaciones que las determinan.

Necesidad es el registro subjetivo de un desequilibrio, de un movimiento de desestructuración que emerge a partir de transformaciones internas del sujeto y su relación con el medio; lo que implicará un nuevo equilibrio destinado a entrar en crisis y a ser superado.

En la necesidad se articulan múltiples interjuegos de contrarios; lo previo, lo poseído, lo estructurado, y lo nuevo, lo no tenido, lo deses-

estructurado. Esto implicará un movimiento de transformación: la praxis, la tarea.

En la mujer a la que nos referimos, las necesidades se encuentran mal atendidas, bloqueadas, desconocidas. No come ni duerme bien, ha dejado de lado la mayoría de las relaciones que le significan nutrirse de afecto y sostén, ha ido perdiendo su creatividad y capacidad intelectual; se encuentra bloqueada, rigidizada. Se ocupa casi totalmente de los otros, esposo, hijos, alumnos, y se ha olvidado de sí misma, a punto tal que el motivo de consulta explícito es su hija, por cuya vida teme.

La relación salud-enfermedad, la adaptación activa-pasiva, es entendida como unidad y lucha de contrarios. En sentido estricto diríamos que no existe un aspecto sin el otro, uno existe en el seno del otro, y en determinadas condiciones, un aspecto puede transformarse en el otro, en un movimiento en el que hay acumulación y salto cualitativo.

El orden social puede operar como facilitador u obstaculizador de la existencia de un sujeto sano o enfermo, a la vez que en la subjetividad, en tanto reflejo de lo social, coexisten aspectos que posibilitan el despliegue de la misma junto a otros que lo traban y obstaculizan.

En esa dialéctica individual entre lo sano y lo enfermo, intervienen una multiplicidad de causas: junto a lo actual desencadenante, lo histórico-estructural, integra factores constitucionales y disposicionales.

En el caso clínico que analizamos, como dijimos anteriormente, se plantea por un lado y con toda crudeza la doble explotación a la que somete este sistema a las mujeres. Por otra parte, a causa de la internalización de severas normas, la paciente "prefiere morir" a dejar de registrar miedos, broncas o cansancio. Podemos hipotetizar la existencia de una inadecuada resolución del conflicto de ambivalencia. Es difícil integrar en el objeto, el vínculo y el yo, aspectos de amor y odio, aceptación y rechazo, satisfacción y frustración; no acepta que junto al amor que siente por su hija pueden aparecer sentimientos de rechazo y frustración, por lo tanto se vivencia "culpable" de la situación, por no haberla cuidado adecuadamente.

Junto a esos aspectos "enfermos" podemos encontrar rasgos de "salud": creatividad, desarrollo de relaciones de sostén y contención, posesión de una delicada conciencia social que le permite pensar en las necesidades de la comunidad a la que pertenece y estructurar vínculos que faciliten la resolución de las mismas.

Proceso terapéutico

La dialéctica es una concepción del desarrollo que entiende que el movimiento, la transformación, hacen a la esencia de todo fenómeno. Ese movimiento infinito es automovimiento, su génesis está en las contradicciones internas. En la interioridad de cada fenómeno se despliega la identidad y lucha de contrarios, dándole carácter de proceso. Este movimiento permanente va de lo simple a lo complejo, de lo inferior a lo superior, de lo superficial a lo profundo.

Todo proceso es un movimiento espiralado en el que nunca hay retorno a lo anterior en sentido estricto. Lo previo sólo existe en lo actual, donde está contenido y transformado. En un momento del desarrollo los fenómenos parecen recorrer etapas ya transitadas, retroceder a momentos anteriores, el sujeto parece retornar al pasado, reeditar vínculos, revivir afectos, pero no es el mismo sujeto y regresa desde una etapa superior, ya que su desarrollo, aunque contradictoriamente, ha continuado. El desarrollo se produce a través de cambios cuantitativos, rupturas y saltos en calidad, un fenómeno sustituye al otro.

El proceso terapéutico implica la restitución de la congelada dialéctica entre mundo interno-mundo externo. La transformación de los aspectos enfermos en sanos, en el reconocimiento y comprensión de las necesidades individuales y colectivas y la elaboración de estrategias para su resolución. Incluye un vínculo entre terapeuta y paciente que implica procesos de comunicación, aprendizaje y mutua transformación.

Si hablamos de Psicología vincular hablamos de psicopatología vincular, como lo plantea el Dr. Kesselman, en el sentido de que el terapeuta desde sus núcleos enfermos y sanos comprende y se alía con el paciente en el objetivo de la cura. Los roles son asimétricos, complementarios.

En el vínculo se despliegan procesos transferenciales (y contras transferenciales) que guían el camino de la cura, ya que permiten develar la estructura del mundo interno y la presencia de un modelo vincular arcaico en un momento de regresión. Evidencia el deslazamiento del grupo interno al grupo externo; la incoherencia entre la condición objetiva y la respuesta del sujeto. Por ejemplo: un paciente fóbico deposita en nosotros sus contenidos persecutorios. Está pendiente de lo que hacemos y decimos, de la censura que podemos ejercer, de cómo estamos, qué gestos hacemos... Contratransferencialmente nos sentimos perseguidos, nos encontramos cuidando qué decir, cómo decirlo... Teñificamos lo depositado, no lo actuamos y se lo devolvemos al paciente

en forma de interpretación para continuar con el proceso de indagación de su mundo interno. Es un proceso que va de la apariencia a la esencia.

Como terapeutas lo primero que receptionamos es lo que conceptualizamos como Motivo de Consulta: una situación problemática o varias y un conjunto de síntomas. Por ejemplo: "Estoy desganada, ansiosa, no duermo, tengo pesadillas; ya no tengo ganas de vivir; el corazón me estalla; se me cierra el pecho... ya no puedo trabajar...". Ante esta multiplicidad fenomenológica vamos confiriendo con el paciente una red que nos sumerge en la concatenación de los síntomas con situaciones cotidianas, entretejidas en un universo de vínculos, donde el mundo externo se entremezcla con el mundo interno, se vislumbran mecanismos defensivos, escenas internas, conscientes algunas, inconscientes otras.

Jerarquizamos un Foco de trabajo de común acuerdo, que generalmente es la resolución del punto de urgencia en crisis agudas. Por ejemplo: en una crisis depresiva es necesario evaluar la gravedad, el riesgo de suicidio, las limitaciones provocadas en la vida cotidiana, el papel que desempeña la familia.

El foco de trabajo en un primer momento es el pasaje de la situación aguda a una de menor riesgo emocional, físico y social para la persona. Se solicita interconsulta psiquiátrica si es necesario y se cita a la familia con el objetivo de que oficie de red de contención y garante del tratamiento.

En el caso de un paciente con Ataque de pánico y agorafobia, el primer paso es la resolución de la sintomatología y el encierro. Estos son Objetivos terapéuticos inmediatos.

En un proceso que tiene etapas, vamos ajustando el diagnóstico, que es situacional y se relaciona con el concepto de movilidad de estructuras de E. Pichon-Rivière. Establecemos un pronóstico y duración aproximada del tratamiento. Nos proponemos Objetivos terapéuticos inmediatos.

Investigamos las escenas arcaicas, que son puntos posicionales a los cuales se regresa a partir de un factor actual desencadenante. Estas escenas obstaculizan la relación dialéctica del sujeto con la realidad, el aprendizaje, la comunicación, la capacidad creativa, la posibilidad de transformación. Se nos hace evidente la estereotipia. Por ejemplo: en una persona con escenas internalizadas con fuertes contenidos de abandono, maltrato, soledad, exclusión y rechazo desde épocas tempranas de su vida aparecen, como fenómeno, separaciones reiteradas que la sumían en depresiones y le impedían construir una vida pro-

ductiva. Las separaciones las provocaba ante situaciones en el vínculo que percibía, desde su mundo interno, como de rechazo, abandono, exclusión. Esta vivencia no reflejaba objetivamente la realidad, estaba teñida por su historia. Aliviaba su angustia transitoriamente abandonando antes de que la abandonen.

Removemos obstáculos epistemofílicos, nos referimos a fantasías que remiten a puntos posicionales del sujeto y operan empobreciendo u obstruyendo el proceso de aprendizaje; y epistemológicos, ideas erróneas que tiene el paciente acerca del daño que puede provocar su sintomatología, potenciándola, por ejemplo, en el síndrome de pánico creer que sufre un infarto y se va a morir.

El material analizado para develar lo implícito es el vínculo, los relatos del paciente, sueños, fantasías, emociones, su accionar.

Para el Abordaje terapéutico utilizamos Intervenciones Operativas: interpretaciones; señalamientos; construcciones; comentarios; sugerencias; suministro de información; dramatizaciones; relajaciones; visualizaciones; desplazamiento en el espacio; construcción de un pensamiento dialéctico; técnicas de contacto progresivo con las situaciones temidas y síntomas físicos. Es una terapia elaborativa profunda que implica la elaboración de escenas internas instaladas como obstáculos y el desarrollo de estrategias de acción y operaciones en la realidad externa.

Desde aquí podemos plantear algunas diferencias y similitudes con otras corrientes de pensamiento en psicología. Con el psicoanálisis nos une la inquietud por la comprensión de la dinámica de los contenidos subjetivos, y nos diferencia la concepción metafísica que impregna conceptos fundamentales. Nos une la preocupación por hacer conscientes procesos inconscientes, porque consideramos de fundamental importancia la comprensión y la elaboración de escenas inconscientes traumáticas.

La transformación, la cura, la adaptación activa son conceptos centrales de nuestro ECRO.

Con las terapias cognitivas-comportamentales, que tienen otra conceptualización de conducta y del pensamiento, nos une la inquietud por la modificación del comportamiento, el pensamiento y la emoción.

La terapia gestáltica focaliza en el darse cuenta a través de la vivencia que implica una catarsis de escenas posicionales.

La terapia sistémica trabaja la interacción, con una concepción circular del movimiento. No toma la comprensión de la dinámica del mundo interno.

Nuestra labor terapéutica implica la transformación de la conducta

del sujeto: de su praxis, de sus vínculos, de sus fantasías, de las escenas internas congeladas, de la técnicas defensivas estereotipadas, con el objetivo de lograr el libre interjuego dialéctico entre hacer, sentir y pensar.

Bibliografía

- Galiñanes, María D. - Hernández, María: "Abordaje clínico del Trastorno de Pánico desde la Psicología Social Pichoniana", en revista *Temas de Psicología Social* N° 21, Ediciones Cinco, diciembre 2002 y en este texto.
- Kesselman, Hernán: *Psicoterapia Breve*, Ed. Fundamento, Madrid, 1985.
- Pichon-Rivière, E.: *El Proceso Grupal*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.
- Pichon-Rivière, E. - P. de Quiroga, Ana: *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, octubre 1972.
- P. de Quiroga, Ana: *Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo*, Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1998.
- P. de Quiroga, Ana: *Apuntes para una Teoría de la Conducta*, Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1994.
- Zito Lema, Vicente: *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*, Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.

LA DEPRESIÓN: SU DIAGNÓSTICO DESDE LA CLÍNICA PICHONIANA¹

»

FERNANDO A. FARRIS
MARÍA DOLORES GALIÑANES
GABRIELA LACHOWICZ
SILVIA PUCCINI

En 1946, Enrique Pichon-Rivière sostuvo que todas las formas patológicas son intentos de desprendimiento de un único núcleo psicótico central de naturaleza depresiva. Para elaborar esta hipótesis se basó en sus propias observaciones clínicas de psicóticos y neuróticos, así como también en los aportes de Freud, Schilder y Griesinger. Este último había planteado, ya en el siglo XIX, que todas las enfermedades mentales tienen un comienzo depresivo.

El sujeto, en circunstancias relativamente corrientes de su vida, debe enfrentarse a obstáculos que producen la activación de aquella situación depresiva básica así como también de la situación triangular en su expresión más regresiva, lo cual requiere un esfuerzo elaborativo específico.

Una situación de exigencia adaptativa, o una pérdida real o fantaseada, activa ese núcleo por lo que confronta al sujeto con la necesidad de elaborar la ambivalencia y el sufrimiento que conlleva la misma cuando está muy incrementada. El proceso de elaboración de la ambivalencia, que requiere de una discriminación y diferenciación progresivas respecto del objeto, culmina en la aceptación de la realidad de la pérdida y, también, en un grado de enriquecimiento del sujeto.

¹ Comunicación científica a cargo del Equipo de Investigación en Clínica Pichoniana (ICP) integrado por los psicólogos y psicólogos sociales Fernando Fabris (coordinador), Dolores Galiñanes, Gabriela Lachowicz y Silvia Puccini, en las 2^{as} Jornadas Mendocinas de Homenaje al Dr. Enrique Pichon-Rivière. 1^{ra} Jornadas Nacionales de Homenaje al Dr. Enrique Pichon-Rivière. "Desafíos en Salud Mental a inicios del milenio: nuevos abordajes", realizadas entre el 10 y el 12 de octubre de 2003 en la Ciudad de Mendoza, organizadas por la Escuela Superior de Psicología Social Mendoza "Dr. Enrique Pichon-Rivière".

Que este proceso de elaboración —desencadenado por una pérdida o exigencia adaptativa— tenga un desenlace favorable o patológico depende de una multiplicidad de factores que podemos resumir en los siguientes:

- ausencia o presencia de sostenes vinculares externos,
- grado de tolerancia a la ambivalencia y la frustración,
- fortaleza o fragilidad yoica del sujeto.

Polisemia del término "depresión"

Tanto en el lenguaje corriente como en el científico, el término depresión adquiere una multiplicidad de sentidos. En un extremo designa una entidad nosológica y, en el otro, un sentimiento, no necesariamente patológico. También es vista como un síndrome, cuadro, estado o síntoma. Definirla como entidad nosológica equivale a definirla como enfermedad o estructura (depresiva).

Polisemia del término "depresión"

- Entidad nosológica (enfermedad o estructura depresiva)
- Síndrome
- Cuadro
- Estado
- Síntoma
- Sentimiento (no necesariamente patológico)

Depresión normal y patológica

La variabilidad del ánimo es un fenómeno normal de la vida diaria, por lo cual la depresión o tristeza resulta pertinente en muchas situaciones cotidianas. La ausencia de síntomas depresivos en aquel que ha sufrido una pérdida importante constituye un signo patológico.

Dentro del registro de lo considerado normal, encontramos algunas personas que tienen, como característica más o menos constante, un "ánimo cambiante" con tendencia a la depresión. Si estableciéramos una línea progresiva y creciente hacia lo patológico, nos encontraríamos con los estados depresivos (situacionales), las depresiones reactivas, las neurotóticas y, más allá, las depresiones psicóticas.

Gradación de la depresión

- Sentimientos depresivos pertinentes
- Estados depresivos (situacionales)
- Depresiones reactivas
- Depresiones neurotóticas
- Depresiones psicóticas

Diagnóstico psiquiátrico y síntomas principales

Para la Psiquiatría, los cuadros depresivos, desde el punto de vista sintomático, se caracterizan por el humor triste, la inhibición psicomotriz y el dolor moral. Para Pichon-Rivière (1956), el "vínculo depresivo" tiene como constantes la tristeza, la inhibición y el círculo cerrado de culpa y expiación.

El *Tratado de Psiquiatría* /VI de Kaplan y Sadock define:

"Los trastornos del estado de ánimo abarcan un extenso grupo de enfermedades psiquiátricas en las cuales los estados de ánimo patológicos y las alteraciones vegetativas y psicomotoras relacionadas dominan el cuadro clínico. En la actualidad se prefiere el término 'trastornos del estado de ánimo' —alteraciones afectivas, en ediciones anteriores del DSM—, que designa estados emocionales sostenidos y no solo la expresión externa (afectiva) del estado emocional actual. Es preferible considerarlos como síndromes (no como enfermedades diferentes) empuesados por un conjunto de signos y síntomas que persisten durante semanas a meses, representan una diferencia acentuada con respecto al funcionamiento habitual del sujeto y tienen recurrencias frecuentes, periódicas o cíclicas".

En el DSM IV los cuadros depresivos son clasificados como "trastornos del estado de ánimo", los cuales incluyen los "trastornos distímicos" y los "depresivos mayores".

"La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años".

"La característica esencial de trastorno depresivo mayor es un

curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores² sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos³.

Trastornos del estado de ánimo (DSM IV y Kaplan)

- Trastornos depresivos
- Trastornos distímicos
- Trastornos depresivos mayores
- Trastornos depresivos menores
- Trastornos bipolares

Henri Ey, en su *Tratado de Psiquiatría*, señala los elementos semiológicos fundamentales:

"El elemento semiológico elemental es... un descenso del humor que termina siendo triste... " ...se encuentran añadidos a los trastornos del humor, otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una especie de frenaje o un ententecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo y le empuja a rehuir a los demás y las relaciones con los otros. Subjetivamente el enfermo experimenta una lasitud moral, una dificultad para pensar, para evocar (trastornos de la memoria), una fatiga psíquica. Paralelamente experimenta una astenia física y un ententecimiento de la actividad motriz, que se asocian con malestares somáticos variados en relación con unas perturbaciones neurovegetativas siempre revelables. Un hecho muy importante es que el enfermo tiene una conciencia dolorosa y muy pesada de esta inhibición. Precisemos que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un

² "La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades." "El sujeto también debe experimentar, al menos, otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambio de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas."

³ De estos dos cuadros se diferencian los "trastornos bipolares" y la "depresión menor", que presenta síntomas menos graves que los de la depresión mayor y una duración menor que la distimia.

acontecimiento muy penoso (duelo normal). No es más que la exageración o la prolongación de este estado lo que se convierte en patológico.

El tercer sintoma, el dolor moral, se expresa en su forma más elemental por una auto depreciación que puede encaminarse bastante pronto hacia una autoacusación, una autopenalización, un sentimiento de culpabilidad⁴. "...los psicoanalistas colocan en el centro de la conciencia del deprimido la hostilidad y la agresividad liberadas por la pérdida de las posesiones amorosas: en la melancolía la agresividad se vuelve contra sí en una actitud propiamente de aniquilación del yo".

A pesar de la importancia que Ey les otorga a estos signos, aclara

"...se debe ir más allá de donde ha llegado la semiología descriptiva clásica, es decir, la tríada arriba expuesta: humor triste, inhibición y dolor moral. También hay que referirse ahora a las estructuras profundas de la personalidad del deprimido: estructura psicótica o estructura neurótica, que condicionarían por mecanismos depresivos propios, modelos sintomáticos, una posición nosográfica y actitudes terapéuticas particulares para cada estructura".

Síntomas principales

- Humor triste
- Inhibición psicomotriz
- Dolor moral (culpa y expiación)

Movilidad de las estructuras y comorbilidad

Según el *Tratado de Psiquiatría* de Kaplan, los síndromes depresivos se asocian, principalmente, al alcoholismo, la adicción y la enfermedad física (comorbilidad). Desde el punto de vista dinámico y estructural (movilidad de estructuras en Pichon-Rivière), el vínculo o estructura depresiva puede cooperar y coexistir con casi todos los otros cuadros:

- Con todas las estructuras neuróticas, psicóticas, perversas y caracteropáticas (trastornos del carácter)
- Con los trastornos del narcisismo y los cuadros *borderline* (límites entre la neurosis y la psicosis)
- Con las patologías del acto (adicciones, trastornos de la alimentación, etc.).

ccendiendo después de la Segunda Guerra Mundial, han vuelto a incrementarse a partir de 1980.

Los sujetos más jóvenes tienen mayor riesgo de depresión en función de la urbanización, el incremento del aislamiento social y el anonimato, la dificultad de asimilar el cambio de rol de las mujeres, la modificación de los roles ocupacionales y profesionales para ambos sexos, aumento de la secularización y la mayor movilidad geográfica.

En la Argentina, se agregan otros factores específicos. Han sido estudiados los mecanismos de culpabilización social de las víctimas, de la represión política como de la desocupación. Otro mecanismo social frecuente es la escisión comunitaria inducida, que apunta a ventar sectores sociales entre sí con el fin de tornarlos más vulnerables a una estrategia de poder de un sector dominante.

Como vimos, el rígido control moral en una comunidad aumenta el riesgo de depresión en sus integrantes. El nivel socioeconómico, íntimamente vinculado con la pertenencia a una clase social, no afecta significativamente el número de cuadros depresivos más severos (cóticos) aunque sí en la presencia mayor de síntomas depresivos en comunidades y clases sociales más bajas. "La pérdida de un protector antes de la adolescencia es un factor de riesgo documentado de depresión en la vida adulta" (Kaplan). En cuanto a la percepción de apoyo social y la posibilidad de una buena resolución de los conflictos dentro de la red comunitaria, son factores de protección decisivos contra los trastornos anímicos.

Dificultades sociales para su adecuado diagnóstico, tratamiento y prevención

A pesar de la importancia que tiene la depresión debido a los perjuicios que ocasiona, no recibe en general diagnóstico adecuado ni debida atención. En el diagnóstico, tratamiento y prevención de estos cuadros se diferencian factores culturales que tienden a ocultar o subestimar los síntomas de tristeza y abatimiento; también entra en juego la idea que su solución depende de la "buena voluntad" del paciente. La sintomatología depresiva es subdiagnosticada tanto como sobretratada. El primer caso en tanto suele ser confundida con el estrés por gran diferencia en su persistencia en el tiempo y las consecuencias graves de la depresión. Y es sobrediagnosticada en tanto existe una utilización indiscriminada de psicofármacos antidepressivos que muchas veces son administrados sin un diagnóstico preciso.

El pronóstico de la OMS es alarmante: en el año 2020 será la segunda enfermedad del planeta después de la isquemia cardiovascular.

Sociedad posmoderna y depresión

Las condiciones creadas a partir de los ochenta y particularmente en los noventa —tras la caída del Muro de Berlín y la desaparición del campo socialista— generaron condiciones favorables para una contraofensiva capitalista mundial, lo cual llevó a un abandamiento de las diferencias económicas e instaló el discurso del Nuevo Orden Mundial y la globalización como el único posible.

A través de complejos procesos y diversas mediaciones sociales, las condiciones impuestas tendieron a expresarse en formas de padecimiento cuyos rasgos centrales son la fragmentación y fragilización subjetiva y vincular, y el empobrecimiento y ruptura de los vínculos y redes sociales. Dicha ruptura ha operado, a la vez, como causa y efecto del padecimiento subjetivo.

En este contexto, emergieron patologías nuevas —como el ataque de pánico— mientras que otras —como los trastornos de la alimentación, las adicciones, el falso self, la sobreadaptación, la violencia intersubjetiva y las somatizaciones— se vieron incrementadas, muchas veces, con rasgos que las ubicaban en la categoría más inclusiva de trastornos narcisistas. Otras enfermedades más clásicas, como la depresión, adquirieron mayor relevancia cuantitativa y algunos rasgos nuevos, propios de la interacción de sus rasgos específicos con los de la subjetividad y vincularidad fragmentada de la época.

La estructura psicopatológica desde la clínica pichoniana

Vimos hasta aquí, en forma bastante detallada, la inserción de la depresión en el contexto macrosocial y cultural. Pasaremos ahora a considerar la estructuración psíquica que subyace a la enfermedad depresiva y sus dinámicos intrapsíquicos e intersubjetivos específicos.

Pichon-Rivière establece el diagnóstico en términos de predominancia del área comprometida, tanto desde el punto de vista fenomenológico (áreas de expresión) como de la proyección de vínculos internos en la áreas de representación (ámbitos proyectivos). En la depresión aparecen particularmente comprometidas las tres áreas de expresión feno-

ménica) en el área uno la tristeza y la culpa, en el área tres la inhibición psicomotriz, mientras que en el cuerpo (área dos) la depresión se expresa en malestares somáticos diversos, astenia, y se acompaña de somatizaciones depresivas y quejas hipocondríacas.

Desde el punto de vista de la proyección de objetos y vínculos en las dimensiones proyectivas (áreas de representación de la mente, el cuerpo y el mundo exterior) los cuadros depresivos se corresponden con dos fórmulas distintas. Una de las fórmulas se corresponde con la dinámica melancólica, en la cual el objeto o vínculo parcial bueno es depositado en el área tres (mundo) mientras que el malo es depositado en el área uno (mente). Este caso se corresponde con la descripción de "melancolía" que Freud hace en "Duelo y melancolía", donde el sujeto introyecta el objeto perdido y se identifica con él. Fenichel denomina a este mecanismo "introyección patognomónica". El signo más visible es el autorreproche, por el cual el sujeto se atribuye a sí mismo las críticas que en otro momento estaban dirigidas —en forma consciente o inconsciente— hacia un objeto externo.

La segunda fórmula se corresponde con aquella situación en la cual lo que predomina es el rencor y la parálisis propia de un incremento de la ambivalencia que no puede ser resuelta por medio de una disociación suficientemente fuerte. En este caso, a diferencia de la melancolía, ambos objetos o vínculos parciales operan en el área uno. El sujeto está lleno de rencor, de odio a la vez que de amor, por el objeto. Esta situación se corresponde con la descripción de la dinámica psíquica propia del duelo patológico (Freud); en este caso, el signo más visible es la alternancia de rencor (odio) y pena (tristeza) a partir de la cual el sujeto no puede lograr una integración del objeto que le posibilite la discriminación y desprendimiento necesarios respecto del objeto perdido.

Como vimos anteriormente, en estos cuadros la tristeza es un rasgo central y se halla vinculada con la ansiedad depresiva. Dice Pichon-Rivière (1956):

"Es un vínculo caracterizado por el hecho de que toda la relación de objeto está coluada en el campo de la culpa, en la persecución por lo

⁵ Es difícil la necesidad de resaltar la importancia de los trastornos somáticos en la depresión, ya que es posible que el estado depresivo quede oculto por las quejas somáticas.

⁶ También podemos decir que el depresivo o el melancólico es un paciente que tiene un persecutor interno muy severo, que se está quejando permanentemente de su conducta" *Teoría del vínculo*, pág. 63.

que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo. El carácter depresivo es aquel cuya visión y concepción del mundo o comunión es triste... Toda su historia personal está constituida en el vector de la tristeza, y su vínculo y enfoque de los problemas es depresivo, siempre con miedo de la pérdida de la relación de objeto. Siempre sintiendo y vivenciando culpa y siempre tratando de reparar. Si este estado adquiere las características de un sufrimiento permanente e intenso, decimos que se trata de una neurosis depresiva o de una psicosis depresiva. El problema es de cantidad y compromiso de la personalidad total" (*Teoría del vínculo*, pág. 29).

Desde un punto de vista más general, se trata de un intento deseperado por eludir el necesario reconocimiento de la pérdida. La depresión, como todos los cuadros patológicos, es una forma de rehuir el duelo —es decir, el desprendimiento del objeto perdido— y una resistencia a encontrarse con las capacidades emergentes de ello (asumir el conflicto y enfrentar el futuro).>

La diferenciación del sujeto respecto del objeto en todos los casos es precaria o insuficiente por efecto del vínculo narcisista⁷ previamente establecido o por efecto de la regresión desencadenada por la pérdida que activa y potencia lo hasta allí no resuelto. Desde allí se ve facilitado el camino que describen los fenomenólogos y existencialistas: transformatarse en el objeto perdido, ser-el-objeto, al que se lo vive malamente —sádicamente— dejando-de-ser parte del sujeto, por lo que inexorablemente la propia agresión y el resultado de ésta recaen sobre el yo.

En la depresión el tercero está parcialmente incluido, lo que implica una triangularidad conflictiva y un grado de indiscriminación significativo respecto del otro. Tienden a establecerse vínculos fuertemente diádicos y adjudicarlo al otro roles superyoicos (de ideal, control y castigo). La angustia de exclusión y abandono es fuerte, y el autorreproche llega a adquirir, en ocasiones, apariencia psicótica por el grado de distorsión y la certeza con que el depresivo se inculpa para no inculpar a un otro del que se siente dependiente.

Las principales técnicas del yo, sobre la base de la disociación básica de la posición esquizoparanoide, son la introyección (que Fenichel

⁷ Freud entiende por elección de objeto narcisístico "un tipo de elección de objeto que se efectúa sobre el modelo de la relación del sujeto con su propia persona, y en la cual el objeto representa a la propia persona en alguno de sus aspectos" (*Diccionario de Psicoanálisis*, Laplanche y Pontalis). En "Introducción al narcisismo" (1914), Freud especifica como elecciones narcisistas a aquellas que se realizan cuando se ama: a) lo que uno es (af mismo), b) lo que uno ha sido, c) lo que uno quisiera ser y d) a la persona que ha sido una parte de la propia persona.

designa "patognomónica" y es referida a veces como "identificación" con el objeto perdido), la inhibición, el control mágico omnipotente e idealización y, en los casos más graves, la identificación proyectiva. Otras técnicas no predominantes pero habituales son la racionalización, la intelectualización, la evitación, el desplazamiento y las defensas máximas.

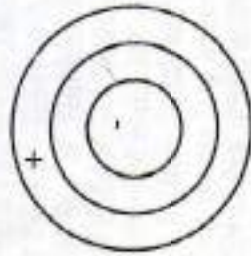
La estructura psicopatológica desde la clínica pichoniana

Áreas de expresión fenoménica:

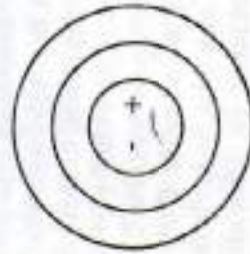
- Área 1: Tristeza y culpa
- Área 2: Somatización depresiva / hipocondría / astenia
- Área 3: Inhibición psicomotriz

Proyección de objetos y vínculos en las áreas de representación

Dinámica melancólica Primera fórmula



Dinámica del duelo patológico Segunda fórmula



El depresivo como depositario y portavoz de un grupo familiar y una situación social

En la multicausalidad de un cuadro depresivo intervienen factores sociales, vinculares e intrasubjetivos.⁸ Pichon-Rivière describió la com-

⁸ En una pequeña parte de casos diagnosticados como depresión tienen un papel relevante los factores biológicos. Es lo referido a la predisposición hereditaria. "las em-

plaja red de causas presentes en la configuración de los cuadros depresivos de la siguiente manera:

"En nuestra cultura el hombre sufre la fragmentación y dispersión del objeto de su tarea, creándosele entonces una situación de privación y anomia que le hace imposible mantener un vínculo con dicho objeto con el que guarda una relación fragmentada, transitoria y alienada.

Al factor inseguridad frente a su tarea se agrega la incertidumbre... sentimientos, ambos, que repercuten en el contexto familiar donde la privación tiende a globalizarse. El sujeto se ve impotenciado en el manejo de su rol, y esto crea un umbral bajo de tolerancia hacia las frustraciones en relación con su nivel de aspiración. La vivencia de fracaso inicia el proceso de enfermedad, configurando una estructura depresiva. La alienación del vínculo con su tarea se desplaza a vínculos con objetos internos. El conflicto en su totalidad se ha internalizado, pasando del mundo externo al mundo interno con su modelo primario de la situación triangular. Esta depresión, que aparece con los caracteres estructurales de una depresión neurótica o neurosis de fracaso, sume al sujeto en un proceso regresivo hacia posiciones infantiles. El grupo familiar, en estado de anomia frente a la enfermedad de un miembro, incrementa la depresión del sujeto. Estamos en el punto de partida que, en un proceso de regresión, va a articularse con una estructura depresiva anterior, reforzándola".

Como vemos, el análisis de los factores sociales generales no excluye la ineludible necesidad de reflexión sobre mediaciones específicas personales, vinculares, grupales e institucionales. Es necesario identificar y operar sobre los factores causales provenientes del grupo familiar, tanto aquellos que predisponen a la enfermedad mental en general como los que predisponen a la depresión en particular. A continuación realizamos una enumeración de estos factores siendo los cuatro primeros más generales en tanto inciden también en la producción de otras patologías y los restantes más específicos de la depresión.

dencias actuales indican que los factores genéticos tienen una participación etiológica significativa en los trastornos bipolar y depresivo mayor recurrentes" (Kaplan, Sadock, *Tratado de Psiquiatría*, "Trastornos del estado de ánimo", pág. 1005). Sin embargo, "la validez de las definiciones de los trastornos mentales mayores aún debe establecerse, la causa se desconoce y la vía del genotipo al fenotipo es compleja y tal vez heterogénea" (ob. cit., pág. 1030).

⁹ Pichon-Rivière, Enrique, "Una nueva problemática para la psiquiatría" (1967), en *El proceso grupal*, Nueva Visión.

1. Exceso o insuficiencia en la función parental de continencia (función "materna") y de límite (función "paterna").
2. Adjudicación de roles omnipotentes al portavoz, que este asume.
3. Confusión o distorsión de roles: depositación de roles paternos a los hijos (hijos parentalizados, según los sistémicos), asunción de roles infantiles por parte de los padres y diversas alteraciones de la situación triangular básica.
4. Grupo familiar con escasa capacidad de elaboración de los conflictos, en particular las ansiedades depresivas emergentes de la situación de duelo, y depositación masiva en uno de los integrantes de lo evitado o escindido.
5. Pérdida de uno de los padres antes de la adolescencia.
6. Vínculos poco discriminados. Dificultad de establecer una "distancia operativa" en las relaciones.
7. Ambiente simbólicamente empobrecido (clima afectivamente no generativo).
8. Identificación de los hijos con los padres depresivos.
9. Culpabilización de la exogamia, indiscriminación vincular donde la diferenciación es vivida como traición, confusión de roles (padre-hijo-tío-abuelos). Se culpabiliza a aquel que se va. Grupo "retentivo" (contrario a "expulsivo").

Como vimos al referirnos a la movilidad de las estructuras, la dinámica del mundo interno, de la cual depende dialécticamente la conducta, no es algo homogéneo, sino más bien heterogéneo. La estructura depresiva (o vínculo depresivo) coexiste y alterna, en cada sujeto, con una multiplicidad de otras estructuras y vínculos posibles.

Diagnóstico

La definición de un diagnóstico de depresión se realiza por el predominio sintomático que se corresponde con:

- a) una fórmula ya descripta en la depositación de objetos y vínculos en las áreas,
- b) argumentos internos específicos (vivencia de un objeto interno dañado o destruido, culpa y expiación),
- c) determinadas técnicas del yo (introyección patognomónica, inhibición, control mágico omnipotente e idealización, y en los casos más graves la identificación proyectiva. Otras técnicas son la

racionalización, la intelectualización, la evitación, el desplazamiento y las defensas maníacas),
 d) una ansiedad dominante, la depresiva.

El diagnóstico diferencial requiere la consideración atenta de los aspectos contextuales que delimitan el carácter de reactiva de una depresión, o su condición de neurótica o psicótica. Por eso, si bien los signos específicos de esa entidad nosológica son determinantes, siempre es necesaria una evaluación del contexto vincular y de la situación dada, a la vez que la delimitación respecto de enfermedades orgánicas que pueden presentarse con sintomatología depresiva, como por ejemplo el hipertiroidismo, algunos trastornos cerebrovasculares, algunas demencias (esclerosis múltiple) o el síndrome de Cushing.

Diagnóstico

Predominio sintomático que se corresponde con:

- Una fórmula de depositación de objetos y vínculos en las áreas,
- argumentos internos específicos (vivencia de un objeto interno dañado o destruido, culpa y expiación),
- determinadas técnicas del yo,
- una ansiedad dominante, la depresiva.

Pronóstico

Se hace por una multiplicidad de factores, entre los cuales pueden subrayarse los siguientes:

a) síntomas accesorios (grado de compromiso de las áreas). En términos generales es de peor pronóstico una depresión que involucra síntomas más o menos serios en más de un área de expresión de la conducta. En estos casos se puede observar, por ejemplo, astenia, trastornos gastrointestinales, hipotensión (cuerpo) a la vez que un pensamiento persistentemente negativo (mente) y una emocionalidad triste que se acompaña de una relación empobrecida con el mundo externo, por efecto del aislamiento (mundo externo).

b) coexistencia y alternancia con otras estructuras. Por ejemplo, si la depresión aparece asociada a vínculos adictivos se ensombrece el pronóstico al igual que cuando coexiste con una estructura caracteropática, caracterizada por la casi ausencia de *insight*. Cuando coexiste con conductas o vínculos histéricos u obsesivos es de mejor pronóstico. Asociada a conductas o estructuras neuróticas fóbicas suele presentar algunas complicaciones mayores.

c) peso relativo de los factores actuales y disposicionales.

d) forma de interacción vincular-familiar-social en la que está inserto el sujeto.

e) existencia o no de un proyecto social con el cual articular el proyecto personal.

f) accesibilidad de los recursos de salud en el nivel institucional y comunitario.

Pronóstico

- **síntomas accesorios (grado de compromiso de las áreas)**
- **coexistencia y alternancia con otras estructuras**
- **peso relativo de los factores actuales y disposicionales**
- **forma de interacción vincular-familiar-social en la que está inserto el sujeto**
- **existencia o no de un proyecto social con el cual articular el proyecto personal**
- **accesibilidad de los recursos de salud en el nivel comunitario e institucional.**

Bibliografía

- Beck, A. *Terapia cognitiva de la depresión*.
 Bleichmar, Hugo. "El modelo modular-transformacional y los subtipos de depresiones". En *Avances en Psicoterapia psicoanalítica*. Paidós, 1998.
 Bleichmar, Hugo. "Respuesta al reduccionismo en psicopatología: el modelo generativo de articulación de componentes". En *Actualidad Psicológica*, año XV, n° 170, octubre de 1990.
 DSM IV. *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson S.A., Barcelona, 1995.
 Ey, Henri; Bernard, Paul; Brisset, Charles. *Tratado de psiquiatría*, trad.

en esp. Raiz Ogarro, Prof. J. J. López Ibor, Esp., 1965. Masson, Toray, 965, p. 1° ed.

Fenichel, Otto. "Depresión y manía". En *Teoría psicoanalítica de las Neurosis*, Paidós, México, 1987

Freud, Sigmund. "Duelo y melancolía" (1915-1917). *Obras completas*. Biblioteca Nueva, Madrid, España.

Freud, Sigmund. "Introducción al Narcisismo" (1914). *Obras completas*. Biblioteca Nueva, Madrid, España.

Fromm-Reichman, Frieda. *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Hormé, Buenos Aires, 1981.

Gilabert, Abelardo. Comunicación personal.

Horstein, Luis. Artículo, en *Página 12*, abril de 2002.

Káplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J. *Tratado de Psiquiatría / VI*. Sexta Edición. Intermedica Editorial, Buenos Aires, 1997.

Kesselman, Hernán. "Psicopatología vincular". En Kesselman, Hernán. *La psicoterapia operativa I. Crónicas de un psicoanálisis*. Lumen/Humanitas, Buenos Aires, 1999.

Klein, Melanie. "Algunas consideraciones sobre la vida emocional del lactante", 1952.

Liberman, David. "Ciclotimia. Carácter depresivo. La persona depresiva. El paciente lírico". En *Comunicación y Psicoanálisis*. Alex Editor, Buenos Aires, 1978.

Paz, José Rafael. "Melancolía" en *Psicopatología: sus fundamentos dinámicos*. Galerna, Buenos Aires, 1971.

Pichon-Rivière, Enrique. "Grupo operativo y enfermedad única" (1965); "Una nueva problemática para la psiquiatría" (1967); "Una teoría de la enfermedad" (1971). *El Proceso Grupal*. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.

Pichon-Rivière, Enrique. "Esquema Corporal" (1959); "Historia de la psicosis maniaco-depresiva" (1948); "La urgencia psiquiátrica" (1968). *La Psiquiatría, una nueva problemática*. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (II), Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.

Pichon-Rivière, Enrique. Clases de 1966 de la Primera Escuela de Psicología Social.

Pichon-Rivière, Enrique. *Teoría del vínculo* (1956-1957). Ediciones Nueva Visión, 1985.

Ricón, Lía. "Clínica y síndromes actuales" (revista *Temas de Psicología Social*, n° 16, pág. 95).

Ricón, Lía. "Curso sobre depresiones", 1998.

Ricón, Lía. "Los estados depresivos" (ficha Asociación Psicoanalítica Argentina).

Stagnaro, Juan C. Reportaje realizado por Michel Sauval. *Relatos de la clínica en www.psiconet.com*.

Stengel, Erwin. *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Hormé, Buenos Aires, 1987.

Vidal, Guillermo; Bleichmar, Hugo; Usandivaras Raúl J. *Enciclopedia de Psiquiatría*. El Ateneo, Argentina, 1977.

ABORDAJE CLÍNICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL PICHONIANA*

MARIA DOLORES GALIANA
MARTA HERNÁNDEZ

Introducción

Nuestra experiencia personal y clínica nos ha enfrentado a la necesidad de dar respuestas teórico-prácticas a las llamadas "nuevas patologías" o "nuevas formas de expresión de viejas patologías" que se han incrementado en los últimos años y que con alta frecuencia se presentan en nuestros consultorios. Esto nos llevó a repensar y profundizar en los esquemas teóricos con que contamos, los desarrollos de Pichon-Rivière, los aportes de Ana P. de Quiroga y otros, y el estudio de propuestas de comprensión y abordaje que se vienen desarrollando en nuestro país desde otros enfoques.

En particular nos hemos detenido en tratar de dar una respuesta coherente y efectiva al llamado "Ataque de pánico con o sin agorafobia". Consideramos que el mismo es una afección multideterminada. El efecto de la crisis contextual ocupa en él un lugar de privilegio. Una constante encontrar en la bibliografía sobre el tema la incidencia que el factor ambiental juega en la aparición de las crisis, si bien la incidencia es en general planteada como elemento externo al sujeto. Desde nuestra perspectiva, el factor social es entendido como determinante en la configuración de la subjetividad. Su eficacia causal es el punto central de nuestra concepción. En consecuencia como nos dice Enrique Pichon-Rivière "lo que está detrás de toda conducta enferma es también un conflicto social. El principal factor morbígeno es social".

Ese "enfermo", ese "ser que sufre" es portavoz, denuncia y protesta, en forma particular, según el recorrido de su propia historia.

* Publicado en revista *Temas de Psicología Social* N° 21, diciembre 2002, y en diario *Página 12* del 30 de enero 2003 (extracto).

tal, vincular, algún o algunos aspectos de los conflictos sociales de su época.

Tomando sintéticamente algunos conceptos trabajados por Ana F. de Quiroga, en los últimos catorce años, diremos que durante toda esta última década hemos asistido a la gestación del llamado "nuevo orden mundial", la expansión universal del modelo capitalista hegemonizado por los EE.UU. Acompañando al mismo, se desarrolla el discurso de la "globalización", apuntando a la supuesta desaparición de diferencias y fronteras, instalando un ilusorio "único mundo posible" y la "culminación de la evolución ideológica del hombre". Estos cambios han gestado movimientos de dispersión social y procesos de fragilización y fragmentación subjetiva y vincular, dando lugar a numerosos síntomas patógenos y a procesos de intenso sufrimiento psíquico.

En sus últimas exposiciones plantea que la agudización de la crisis, que es económica, política y social, nos ha expuesto a quiebres y discontinuidades que implican una ruptura de nuestra cotidianeidad, generando intensas vivencias de confusión, incertidumbre y ambigüedad, a lo que sumáramos los efectos de la inseguridad.

Nos plantea que esta crisis adquiere la calidad de emergencia social, porque lo que surge y se instala en la vida social, por la extensión y por la intensidad que tiene, requiere con urgencia, en forma inaplazable, impostergradable, comprensión y acción, por el monto de sufrimiento y riesgo a que está dando lugar. Es una situación límite, tiene un aspecto de peligrosidad en términos de desintegración. Está afectado el proyecto, tanto en su dimensión individual como en la dimensión colectiva del mismo. Puede darse una pérdida del sentido, de la visión de futuro.

Esto impacta en la identidad, implica cierto grado de vaciamiento del presente, de la historia y de la capacidad humana de anticipación. No obstante se va instalando una certeza, que este orden de cosas no puede continuar, que se marcha a un desenlace aún no vislumbrado, imprevisible. Es clave "trabajar con otros" para su comprensión y transformación, ya que construir salud mental es un proceso social, que implica la elaboración de un proyecto colectivo en el que se pueda inscribir un proyecto personal. Entendemos que el impacto de estos rasgos de la emergencia social, combinados con los aspectos estructurales históricos del sujeto, son causa de los múltiples y complejos cuadros clínicos con que nos encontramos en la actualidad.

Según datos tomados de un trabajo de investigación realizado sobre el tema por alumnas de sexto año de la Facultad de Psicología de

Rosario, en el Hospital Zonal de Agudos San Felipe de San Nicolás (provincia de Buenos Aires), durante los meses de agosto-septiembre de 2001, del que las autoras de este artículo fuimos directoras de investigación y asesora, surge lo siguiente:

Los entrevistados atribuyen como causas del síndrome, el factor "crianza" en los primeros años de vida y la desocupación, fundamentalmente.

Los que relatan tener una buena relación con sus familias plantean que aunque las mismas se mostraron expectantes y paralizadas en un primer momento, luego trataban de brindar su apoyo y contención, constituyéndose las mismas en un factor terapéutico importante que acelera el proceso de curación.

Los que trabajan y pudieron explicitar su problemática en ese ámbito, se mostraron más aliviados y tranquilos al saber que podían ser ayudados por sus compañeros, ante la emergencia de un ataque de pánico. En cambio, los que lo ocultaron agregan un factor de ansiedad y temor, mostrándose expectantes ante la posibilidad de un ataque.

En relación a la terapia, aquellos que estaban realizando tratamiento durante un tiempo, se mostraron con un estado de bienestar general y más tranquilos, en cambio, aparecieron más ansiosos y preocupados aquellos que recién lo iniciaban.

La OMS, en 1997, planteó que nos encontramos ante una verdadera catástrofe epidemiológica, en la que los desórdenes mentales representan el 12% de las causas de enfermedad en todo el mundo. La depresión severa ocupa el quinto lugar entre las diez primeras causas de enfermedad, y se estima que para el 2020 habrá saltado al segundo lugar.

Se han incrementado los llamados Trastornos de Ansiedad y, dentro de ellos, hay datos que nos dicen que la prevalencia del Ataque de Pánico, con o sin agorafobia, oscila entre el 2 y el 5% de la población general en la Argentina, o sea que 1 de cada 30 personas padece de este trastorno, lo que significaría un millón de afectados y, aún hoy, constituye una enfermedad subdiagnosticada y por consiguiente maltratada.

El trastorno de pánico es una categoría diagnóstica relativamente reciente, fue incluido formalmente en el DSM III, dispuesto por la A.P.A. (American Psychiatric Association) en 1980 y retomado en el DSM IV en 1994. En 1992 la OMS incluyó este cuadro en su versión española denominada CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión).

Definición

El Breviario del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de 1994 define la Crisis o Ataque de Pánico de la siguiente manera: "Comprende la aparición temporal y aislada de miedo o de malestar intenso acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10'. Los síntomas ordenados según la frecuencia estadística de aparición de mayor a menor son los siguientes: miedo intenso o pánico, taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantamiento, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o sensación de desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a volverse loco o descontrolarse, miedo a morir, parestesias (hormigueos o entumecimientos), escalofríos o sofocaciones".

"Para que exista un Trastorno de Pánico es necesaria la presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados y que, al menos una de las crisis haya sido seguida durante un mes o más, de uno o más de los siguientes síntomas: inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las consecuencias o implicancias de la crisis, cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis."

Según el psicólogo estadounidense David Barlow, la agorafobia está presente en un 95% de los trastornos de pánico diagnosticados. La escuela de EE.UU., liderada por Donald Klein, afirma que la agorafobia es siempre secundaria al ataque de pánico, produciéndose una evolución progresiva que es condicionada por el estímulo aversivo generado por la crisis de pánico. Hoy se la define como el miedo a encontrarse en lugares o situaciones en los cuales no esté disponible una ayuda, o el supuesto de tener un ataque o en las circunstancias en que el escape resulte dificultoso, debido a restricciones físicas o sociales. Las crisis de pánico pueden ser:

- Completas o típicas (si presentan 4 o más síntomas).
- Incompletas o de síntomas limitados (con menos de 4 síntomas).

Las circunstancias determinantes de su aparición se dividen en:

- Inesperadas o espontáneas: son aquellas en las que no puede detectarse un factor causal y ocurren típicamente al comienzo del trastorno de pánico, pueden repetirse en cualquier momento de la enfermedad.

— Situacionales: se desencadenan por la exposición a un estímulo atemorizante y aun por la anticipación del mismo. Además de ocurrir en el trastorno de pánico con o sin agorafobia, pueden darse en la fobia social y en el trastorno de estrés post-traumático.

— Más o menos relacionadas a situaciones determinadas, ocurre a veces al exponer a la persona a estímulos potencialmente fobígenos.

La edad típica de comienzo es entre los 25 y 30 años, o en la adolescencia tardía, una época que implica en nuestra cultura, la transición, separación e independización y en la cual se tienen que asumir las responsabilidades de un adulto. Existen manifestaciones precoces como el llamado trastorno de ansiedad por separación infantil, que son frecuentes entre los antecedentes de los afectados.

Las tasas de prevalencia son mayores en las mujeres (3 de cada 4 afectados son mujeres), así como en las personas separadas o divorciadas y en quienes han sufrido un estrés significativo como muertes cercanas, desarraigos, mudanzas, migraciones, abortos o partos recientes.

En el artículo "Inundados: las reacciones psicológicas ante el desastre" del libro *Psicología de la vida cotidiana*, escrito por Enrique Pichon-Rivière y Ana Pampliega de Quiroga, plantean que el pánico es el emergente más significativo de una situación catastrófica. Si bien, nuestra situación social no puede ser caracterizada en esos términos, algunos de los rasgos que la definen como emergencia social entendemos que están en el origen de la frecuencia con que este síndrome se presenta.

En dicho artículo el pánico es definido como un conjunto integrado por temor, alarma, perplejidad, pérdida de control y orientación, y va acompañado de los más variados síntomas psicodinámicos, que son el producto de la derivación al área del cuerpo de los miedos provenientes de la mente o de los peligros exteriores. Impide toda planificación adecuada y operativa. Esta tensión o estrés repercute sobre los sistemas defensivos orgánicos (homeostasis) y acarrea una disminución, a veces considerable, de todas las defensas orgánicas bajando el umbral de resistencia a las enfermedades. Se establecen vivencias de inseguridad, incertidumbre, descontrol y fantasías de destrucción que van más allá del peligro concreto. Ante la ansiedad que provoca la situación peligrosa, el mecanismo de defensa es la negación.

En los pacientes con pánico, dicho mecanismo de negación se hace evidente en la irrupción masiva y abrupta de la sintomatología sin

conciencia de la problemática psíquica, y señales previas que aparecen en las tres áreas de representación y expresión de la conducta (mente-cuerpo-mundo externo).

A través de mecanismos de proyección, se produce un desplazamiento del peligro al área del cuerpo.

En el fragmento de una clase dictada por Enrique Fichon-Rivière el 12 de agosto de 1968, publicada por el diario *Página 12* del 28/9/01, plantea que el pánico puede ser definido por la presencia simultánea del miedo a la pérdida y el miedo al ataque, con una intensidad tal que paralizan con desorientación total o fuga hacia el lugar de peligro.

Causas

El trastorno de pánico obedece a múltiples causas. Ya hemos mencionado cómo la crítica situación social vigente tiene un papel relevante en el desencadenante de este tipo de trastornos. Siguiendo las formulaciones de Enrique Fichon-Rivière y basándonos en nuestros estudios, consideramos que esos elementos deben conjugarse con otros de naturaleza constitucional y disposicional para dar por resultado el núcleo patogénico del cual el Ataque de Pánico constituiría su expresión sintomática.

Desarrollaremos, más adelante, los rasgos del modelo vincular que configura el factor disposicional de ese núcleo, y destacamos en relación a los elementos constitucionales los que son aportes relevantes.

Hoy se conocen algunas claves respecto a los circuitos y estructuras del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) involucrados en la respuesta de pánico. Una de las estructuras hiperreactivas es el "locus ceruleus", un pequeño centro nervioso ubicado en la protuberancia o cerebro medio que controla más de la mitad de las neuronas noradrenérgicas del S.N.C. Este centro tiene que ver con la alarma y con la mayor parte de la noradrenalina liberada al S.N.C.

El sistema nervioso vegetativo se divide en dos partes, una se relaciona con la respuesta de alerta o alarma que es el sistema simpático y la otra con el estado basal y las condiciones de calma o reposo, que es el parasimpático. En el cerebro se conocen hasta ahora unos doscientos neurotransmisores. Los más estudiados son la noradrenalina, la serotonina y el gaba (ácido aminobutílico) todos de especial relevancia en el problema del pánico y la ansiedad. Los antihipertensivos que bloquean las crisis de pánico incrementan inicialmente los niveles de

noradrenalina y serotonina, modulando la actividad de estos neurotransmisores.

La hipótesis médica más destacada es que, el sistema de alarma cerebral de las personas que padecen esta afeción está hipersensible, produciendo descargas de adrenalina y noradrenalina que llevan a las crisis de pánico o alarma sin motivo.

Perfil clínico

A) La familia

Desempeña un papel muy importante en la configuración de los elementos disposicionales, ya que es allí, en ese contexto vincular primario socialmente determinado y significado, donde se realizan los primeros y más vitales aprendizajes.

— Con frecuencia los sujetos que padecen este tipo de trastorno pertenecen a familias con rasgos de sobreadaptación y rigidez, que depositan en sus hijos expectativas de éxito, que esperan que los mismos superen sus capacidades, depositando en ellos su propio ideal de perfección, poniendo en juego mecanismos de desvalorización, con críticas excesivas y amenazas (explícitas o implícitas) de abandono. Ejemplo: "para el trabajo no hay horario, hay que estar siempre en actividad, hay que sacrificar todo"; "por qué conformarse con 6 ó 7, si podés sacarte 8, 9 ó 10"; "las cosas hay que hacerlas siempre bien, o no hacerlas".

— Ponen asimismo en juego mecanismos de sobreprotección, generando dificultades para asumir los riesgos propios de la vida. Ejemplo: "mamá empezó a trabajar, nos cuidaba una chica joven, nos llevó a la Iglesia, había un croto, mi hermana y yo nos asustamos. Mi mamá dejó de trabajar".

— Suelen no estar afectivamente disponibles, sin poder desplegar la función de sostén y continuidad necesarias para el desarrollo adecuado del psiquismo. Poniendo en juego mecanismos de supresión o negación de sentimientos tanto propios, como los del niño. Ejemplo: "no puedo entender como estás cansado, si no hiciste nada", "de lo que se siente no se habla"; "cuando me dan ganas de llorar, me contengo, siento angustia y opresión en el pecho".

— No permiten la construcción de una identidad propia. Ejemplo: "tengo que arreglarme más, ser más femenina para vestirme, así me

dice mi mamá": "necesitaba una campera, me tenía que comprar la que quería mi papá".

— Viven muchas veces en un clima de tensión y también de violencia. Ejemplo: "cuando era chica gritaban mucho, me daba tanto miedo que me encerraba en la pieza, no quería escuchar, papá ha roto platos, vasos, estufa..."; "en un momento mamá se quiso ahorcar".

— Dentro de los antecedentes familiares es frecuente encontrar en los padres, trastornos de ansiedad y fobias. Ejemplo: "todos padecemos de miedos; uno: en la oscuridad pierdo el equilibrio y me ahogo; otro: no puedo usar los ascensores porque me descompongo; otro: sufro de vértigo, o miedo a las alturas".

B) El sujeto

Son sujetos en los que es frecuente hallar un predominio en la utilización de técnicas que caracterizamos, siguiendo a Enrique Pichon-Rivière, como propias de la posición esquizo-paranoide, con mecanismos de negación, disociación y proyección. En cuanto a las ansiedades, operan generalmente ansiedades paranoides en lo explícito y depresivas en lo implícito, que en el momento de las crisis coexisten generando confusión, por lo que podríamos deducir que estos sujetos no han podido lograr una elaboración adecuada del conflicto de ambivalencia, instalándose en los mismos un modelo vincular patógeno.

Esas dificultades en la estructuración de vínculos con otros y consigo mismo, traen como consecuencia alteraciones en la configuración de la imagen de sí mismo y en la construcción de una adecuada autoestima. Es también una constante, encontrar la construcción de vínculos de tipo fusional o de alto grado de dependencia con figuras capaces de cumplir en forma real o fantaseada) una función paterna, de la que se espera el sostén, contención y protección, incapaz de ser cumplida por el propio sujeto. Ejemplo: "siempre tuve miedo a perderme, cuando era chica en el supermercado no me quería separar de mi mamá, aunque era un lugar conocido y pequeño yo creía que me iba a perder. Al empezar jarín me escapaba porque no quería estar separada de mi mamá, lloraba todo el día, me angustiaba ir a la escuela, cada vez que podía faltaba. Me sentía tranquila si mi mamá se quedaba en la puerta. En una oportunidad mi mamá hacía dieta, se le cayó en la cocina un trozo de alfalfa integral, la levanté y la llevé a la escuela en el cuaderno, porque era como si mi mamá estuviera conmigo".

Esto acarrea la dificultad en la construcción de una imagen de sí

mismo, coherente, tolerante de lo contradictorio, surgiendo imágenes disociadas entre sí que le imprimen, por un lado, un carácter confusional a las mismas, y por otro, una gran inestabilidad, incluso cuando parecen definirse se presentan como vulnerables, y muchas veces excesivamente polarizadas y/o discordantes entre sí. Ejemplo: "desde chico fui como distintos personajes a la vez, a veces me siento y me comporto como Rambo, y otras como Felipito, puedo ser 'rudo', 'insensible', o 'soñador', 'buenado'".

La autoestima se encuentra lesionada, generándose un borramiento de los límites entre yo y no-yo, produciendo confusión entre los mismos. Ejemplo: "Yo siempre hice lo que quiso mi mamá, su voz está dentro mío, no quiero ponerme en su contra. Hace un tiempo quisimos comprometernos con mi novio, teníamos los anillos, ella se opuso y lo suspendimos". Oscila entre juicios de perfección y de denigración intencionales. Queda masivamente expuesta a la valoración que el otro pueda hacer, gestando una permanente preocupación por la opinión del otro, "por el que dirán", del que dependerá totalmente su vivencia de satisfacción o frustración, ya que el otro se convierte en fuente de todo sustento y/o depositario de todo lo negativo, con sentimientos de culpa, amenaza, pérdida y abandono. Ejemplo: "cuando ella no me presta atención, siento que no soy nada, me culpo por no ser lo suficientemente bueno para ella".

Por otra parte, suelen presentar dificultad para poder salir de la perspectiva del sí mismo, abandonar su constante autorreferencia y poder captar la perspectiva de los otros. Ejemplo: "Cuando me levanto contento con ganas de embromar, me comporto así todo el día, no me doy cuenta si los demás están tristes o enojados".

Estas alteraciones generan en el sujeto una constante vivencia de inseguridad, ya que cada experiencia con otros los pone en tela de juicio, ante la vivencia de no contar con la acumulación suficiente para enfrentar lo nuevo, de tolerar la desestructuración necesaria que implica el abordar nuevas experiencias, estructurándose bloqueos o resistencias en el "hacer", ya que el mismo encierra el peligro de enfrentar ese inexorable código valorativo, y por tanto atravesar una dolorosa desestructuración, de la que se teme no poder volver. Ejemplo: "no quiero rendir, por miedo a fracasar", "evito intimidad, por miedo a que mi novia me diga que no".

No pueden desarrollar una adecuada capacidad de comprensión de la situación global, de los diferentes elementos que se conjugan ante determinaciones resultados, es frecuente que centren los mismos fundamentalmente en fallas de su esencia, de "su manera de ser".

Opera un código valorativo polarizado, sosteniendo representaciones de triunfo omnipotentes, de perfección absoluta o de fracaso irreparable e inapelable. Ejemplo: "si mi novio no avanza en su carrera, creo que se debe a que algo yo hago mal."

También hemos visto que afecta la configuración de la imagen del propio cuerpo, que suele ser confusa, borrosa, acompañada de acentuadas ansiedades hipocondríacas, asentadas en fantasías de fragilidad corporal y de grandes miedos: a morir, a padecer enfermedades graves, invasivas, a la locura; o a veces pueden ser difusos, sin objeto, los que generalmente están favorecidos por la presencia de somatizaciones propias de la ansiedad. Ejemplo: "empecé a tocarme los ganglios del cuello, los encontré dolorosos, pensé que padecía de un linfoma".

Suelen presentarse también dificultades a nivel del pensamiento, en la atención, concentración, fijación de ideas y conceptos, como así también la presencia de pensamientos llamados catastróficos, que se reiteran, sin sentido y sin poder ser elaborados o suprimidos. Ejemplo: "cuando me pongo a pensar que mi mamá se va a morir, siento que eso ya está ocurriendo, y me pongo muy triste, no puedo sacarme la idea de la cabeza".

Todos estos rasgos suelen configurar un fondo depresivo, resultante de esa vivencia constante de inseguridad, de inestabilidad, de vacío, de escasa valoración. Depresión que se configura ante la reiterada vivencia de fracaso, de incapacidad de autostostén, de profunda desestructuración ante cada experiencia.¹

Abordaje terapéutico

Entendemos al Ataque de Pánico como un síndrome, es decir como un conjunto de signos y síntomas, expresión fenomenológica de un núcleo patogénico que expresa una estructura psíquica patológica.

El abordaje terapéutico que utilizamos se basa en la constitución de un vínculo terapéutico operativo que permita al paciente desplegar su neurosis de transferencia para ser transformada en un aquí y ahora-conmigo.

Nuestro fundamento es una psicología y psicopatología vinculares, siguiendo los desarrollos sobre el tema del Dr. Hernán Kesselman, dis-

ciplulo del Dr. Enrique Pichon-Rivière. Técnicamente analizamos e interpretamos la transferencia y contratransferencia.

Al trabajar con el concepto de patología vincular incluimos en el tratamiento el conocimiento de los núcleos enfermos del terapeuta, utilizándolos para resonar con el paciente, comprenderlo y guiarlo en la cura.

Los recursos técnicos fundamentales son: interpretaciones, señalamientos y construcciones. Incluimos dramatizaciones en caso de considerarla pertinentes. Nuestro objetivo es hacer consciente lo inconsciente para que el paciente comprenda sus mecanismos psicológicos inconsistentes, la dinámica vincular de su mundo interno y cómo opera su historia en los vínculos actuales.

Específicamente en el tratamiento de ataques de pánico nos han sido de utilidad para la reducción sintomática, técnicas de orientación cognitiva conductual: exposición interoceptiva, exposición a lugares evitados por la agorafobia, aprendizaje para reducir la ansiedad y el estado de hiperalerta, relajación y entrenamiento respiratorio para reducir la hiperventilación.

Frecuentemente el trabajo es interdisciplinario. Se realizan interconsultas con médicos psiquiatras para que evalúen la necesidad de medicación específica que permita restituir el equilibrio neurobiológico alterado.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997 planteó que nos encontramos ante una verdadera catástrofe epidemiológica en la que los desórdenes mentales representan el 12% de las causas de enfermedad en todo el mundo.

Se han incrementado los llamados Trastornos de Ansiedad y dentro de ellos hay datos que nos dicen que la prevalencia del Ataque de Pánico, con o sin agorafobia, oscila entre el 2 y el 5% de la población general en la Argentina, o sea que 1 de cada 30 personas padece de este trastorno, lo que significaría un millón de afectados, y aún hoy constituye una enfermedad subdiagnosticada y por consiguiente maltratada.

El Trastorno de Pánico es una categoría diagnóstica relativamente reciente, fue incluido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III), dispuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1980 y retomado en el DSM IV en 1994. En

¹ Este trabajo fue basado en el análisis de la experiencia clínica realizada con veinte pacientes que padecían Ataques de Pánico, y en el estudio de los materiales bibliográficos citados.

1992, la OMS incluyó este cuadro en su versión española denominada CIE-10.

La práctica como psicólogos clínicos nos enfrentó ante la necesidad de dar respuestas teórico-técnicas a este síndrome. Los fundamentos teóricos en los que nos basamos son los desarrollos científicos del Dr. Enrique Pichon-Rivière y su discípula y continuadora Ana P. de Quiroga. Hemos recurrido, además, a los trabajos realizados en nuestro país sobre el tema, esforzándonos en ser coherentes con nuestro Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO), y a nuestra experiencia clínica.

Consideramos que el Ataque de Pánico es una afección multideterminada. El efecto de la crisis social, económica y política, mundial y nacional, constituye un factor de peso en relación a la extensión y frecuencia de aparición del síndrome.

Así fue que nos encontramos a partir de la década del 90, aproximadamente, con infinidad de pacientes que consultaban en nuestros consultorios, padeciendo crisis agudas, en estado de desorientación, confusión y desinformación acerca de qué les estaba pasando.

El factor desencadenante se conjuga en un sujeto particular con factores constitucionales y disposicionales para dar lugar a la enfermedad, como lo conceptualiza Enrique Pichon-Rivière, en el principio de Policausalidad.

El Ataque de Pánico constituye la expresión sintomática de un núcleo patogénico de naturaleza depresiva, del cual es tentativa fallida de elaboración.

Destacamos en relación a los elementos constitucionales los que constituyen aportes relevantes en la actualidad. La hipótesis médica más destacada es que el sistema de alarma cerebral de las personas que padecen esta afección está hipersensible, produciendo descargas de adrenalina y noradrenalina que llevan a las crisis de pánico.

La familia desempeña un papel de importancia en la configuración de los elementos posicionales. En el trabajo clínico nos hemos encontrado con que los sujetos que sufren de pánico pertenecen a familias con rasgos de sobreadaptación y rigidez; depositan en sus hijos elevadas expectativas de éxito y frecuentemente su propio ideal de perfección. Se ponen en juego mecanismos de desvalorización, con críticas excesivas y amenazas de abandono que pueden ser explícitas o implícitas. En consonancia con esto pueden observarse mecanismos de sobreprotección.

Generalmente son progenitores con dificultades para ejercer una función de sostén necesaria para el adecuado desarrollo del psiquis-

mo. Es costosa la construcción de una identidad propia. Prevalen vínculos simbióticos. Predomina la violencia y un clima sostenido de tensión.

Hemos hallado en varios integrantes del grupo familiar antecedentes de trastornos de ansiedad y fobias.

Al focalizar el análisis en el sujeto encontramos el uso de mecanismos defensivos como la negación, disociación y proyección; técnicas propias de la posición esquizoparanoide.

Operan ansiedades paranoideas en lo explícito y depresivas en lo implícito; en el momento de la crisis coexisten generando confusión. Inferimos que son sujetos que no han logrado una adecuada elaboración del conflicto de ambivalencia, instalándose en los mismos un modo de vincular patógeno.

Las dificultades en la estructuración de vínculos con otros y consigo mismo trae como consecuencia la alteración en la configuración de la imagen de sí y en la construcción de una adecuada auto-estima. Los vínculos que establecen son de alto grado de dependencia.

Está afectada la configuración de la imagen del cuerpo y ligadas a él ansiedades hipocondríacas. Aparecen dificultades en el pensamiento, predominan los pensamientos que se conocen con el nombre de "catastróficos".

Estos rasgos suelen configurar un fondo depresivo, resultante de la vivencia de inseguridad, inestabilidad, vacío, escasa valoración, vivencia de fracaso, desestructuración ante cada experiencia e incapacidad de autosostén.

La descripción fenomenológica del Ataque de Pánico, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de 1994 es la siguiente:

"Comprende la aparición temporal y aislada de miedo o de malestar intenso acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10".

Los síntomas son los siguientes: miedo intenso o pánico, taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantamiento, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o sensación de desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a volverse loco o descontrolarse, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones".

El abordaje terapéutico se realiza en la mayoría de los casos conjuntamente con psiquiatras.

En lo referente a nuestra especificidad utilizamos técnicas que trans-

formen la estructura psíquica predominantemente patológica: establecimiento de un vínculo terapéutico operativo, interpretaciones, señalamientos, construcciones y engarzadas con éstas técnicas de origen cognitivo-conductual que nos han resultado muy eficaces en la resolución sintomática.

Bibliografía

- Cia, Alfredo H. *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia*. Ediciones El Ateneo, 1999.
- Ferrini, Héctor. "Perfil clínico y psicodinámicos del trastorno narcisista". Kesselman, Hernán. *La psicoterapia operativa*. Lumen, 1998.
- Hernández, Marta y Galinanes, María Dolores. "Abordaje clínico del Trastorno de Pánico desde la Psicología Social Pichoniana". Marzo 2001.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Ed. Masson S. A., 1995.
- Pichon-Rivière, E. "Psicosis lípicas y confusionales". *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social II*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
- Pichon-Rivière, E. y P. de Quiroga, Ana. "Los inundados. Las reacciones psicológicas ante el desastre". *Psicología de la vida cotidiana*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
- Pichon-Rivière, E. Fragmento de una clase dictada el 2/8/68 y publicada por el diario *Página/12* el 28/9/01.
- P. de Quiroga, Ana. "Subjetividad y procesos sociales". *Crisis, procesos sociales, subjetividad y grupo*. Ediciones Cincos, Buenos Aires, 1998.
- P. de Quiroga, Ana. *Apuntes para una teoría de la conducta*. Ediciones Cincos, Buenos Aires, 1998.
- Trabajo de campo sobre Ataque de Pánico, realizado por alumnas de sexto año de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, durante agosto-septiembre de 2001. Directora y asesora: Ps. María D. Galinanes y Ps. Marta Hernández, respectivamente.

MÁS ALLÁ DE LA FRAGMENTACIÓN Y EL VACÍO DE LOS '90¹

*El 2002 entre la depresión, el colapso
y las nuevas saludes*

FERNANDO A. FABRIS

El objetivo de este trabajo es intentar aportar a la decodificación de los puntos de urgencia actuales en el terreno de la salud. Esto puede servir para ratificar o rectificar las estrategias de abordaje ya existentes y/o para diseñar dispositivos y estrategias de acción nuevas.

Me centraré, entonces, en lo que la clínica y otros dispositivos vinculares, grupales o comunitarios, hacen visible respecto de los efectos de la crisis en la subjetividad. Partiré de la fragmentación vincular y subjetiva y el vacío dominante en la década del 90 hasta llegar a algunas aproximaciones acerca del presente año 2002, tanto en sus aspectos positivos como negativos.

Al reflexionar sobre la expresión de la crisis en la clínica² me ubico desde el enfoque de la psicología social pichoniana ya que esa es mi posición teórica tanto cuando trabajo en el campo del aprendizaje, la creatividad, la investigación, la promoción de la salud o la clínica psico-terapéutica.

«Cuando Pichon-Rivière anexó a la palabra psicología la adjetivación "social" apuntó a subrayar la perspectiva social desde la que entendía lo psicológico. Simultáneamente focalizó nuevos ámbitos de intervención (grupales, institucionales, comunitarios) y puso el eje en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Sin embargo, Pichon-Rivière nunca contrapuso este tipo de abordaje con lo especifi-

¹ Publicado en revista *Temas de Psicología Social* N° 21, diciembre 2002.

² Este texto es la ampliación del trabajo presentado en el panel "La expresión de la crisis en la Clínica" realizado en las Jornadas de Psicología Social en Santa Fe - Septiembre 2002. En el mismo intervinieron Jorge Imhoff, Alejandro Schweizer, Daniel Kesner y Fernando Fabris. El panel fue coordinado por Ana Mercade.

camente clínico. Más aún, no estableció diferencias sustanciales entre lo clínico y lo social ya que entendía que eran campos y prácticas que se interpenetraban y que tenían más de similitud que de diferencia. Ya a fines de los 50, se oponía firmemente a la errada diferenciación que hacían algunos de sus discípulos entre el encuadre clínico y el encuadre operativo. La clínica pichoniana se realiza desde un encuadre operativo. >

Uno puede trabajar desde una *psicología social, histórica y concreta* aun en la intimidad del encuadre terapéutico bicorporal (terapia individual). Y puede trabajar desde una *psicología individual y abstracta* aunque trabaje con grandes grupos o instituciones. Lo que define en última instancia la perspectiva psicológica que se sustenta no es el *ámbito* en que se trabaja sino *el enfoque* desde el que se lo hace.

Tanto en los tiempos de Enrique Pichon-Rivière y José Bleger, como en los actuales, nos encontramos en el marco de una disputa teórica que se inscribe en una lucha ideológica entre diferentes concepciones de la salud y la enfermedad, distintas concepciones del conocimiento y del papel que el sujeto tiene en la historia.

Hechas estas aclaraciones que me parecen imprescindibles paso a comentar lo que observo respecto de los efectos subjetivos de la crisis social, crisis que ayer como hoy significa riesgo pero también oportunidad.

La década del 90

La década del 90, desde mi perspectiva, acorde con la de muchos otros psicólogos en distintos lugares del mundo y con el estudio sistemático que viene realizando Ana P. de Quiroga en nuestro país hace más de una década, tuvo a nivel subjetivo ciertos rasgos dominantes: *la fragmentación subjetiva, la vivencia de "vacío", la vulnerabilidad en la interacción*. Estos rasgos tuvieron sus causas en una multiplicidad de factores.

Para citar sólo algunos, recordemos que a comienzos de los 90 se impuso el llamado "*Nuevo Orden Mundial*" definido desde el poder como el "*único mundo posible*". La idea del *Fin de la Historia* y la *Muerte de las Ideologías* apuntó a orientar a los sujetos en la acomodación en una perspectiva capitalista, basada en la promesa de un desarrollo ilimitado en el cual, por el avance tecnológico, llegaría el fin de la necesidad del trabajo, el "*fin del trabajo*" mismo y se ampliaría el espacio para el juego, el tiempo libre y la recreación de la personalidad. Cuando se

vieron los resultados prácticos de este "nuevo orden" hubo quienes dijeron que era sin duda injusto, que era "horroroso", pero lo propusieron inevitable ya que era una tendencia propia del desarrollo económico-social, de la globalización, de la supuesta sociedad pos-industrial y postmoderna.

El poder impuso su discurso tanto por la fuerza como por la seducción ideológica. El mensaje seductor de un mundo en el que se aplañaban los conflictos, reforzado por la amenaza de exclusión para quien no lo acepte, encontró eco en muchas personas. La derrota de las experiencias socialistas generó un terreno fértil para la imposición de estas ideas y facilitó la eficacia de la estrategia de dominación. Millones de sujetos quedaron atrapados ante el doble mensaje que el desarrollo de los acontecimientos haría evidente. Un discurso de felicidad, disminución de los conflictos y la promesa de un desarrollo ilimitado contrastado cada vez más por la experiencia personal y colectiva de la destrucción de las condiciones básicas de vida. La exclusión laboral se generalizó, aumentó vertiginosamente el desempleo. Al mismo tiempo, para otra parte de la población se incrementó la duración de la jornada laboral hasta límites inhumanos, propios de comienzos de siglo. Sobre esta base se instaló el "terror de inexistencia".

El efecto subjetivo de este "nuevo orden" fue de *fragilización, fragmentación, vulnerabilidad acrecentada* y muchas veces *encierro en el mismo*. Los teóricos del posmodernismo creyeron encontrar su paraiso en este orden de fragmentación ya que pensaban que la fragmentación era "la forma de ser" de las cosas.

La fragmentación subjetiva y vincular dominante tuvo su correlato específico en el terreno psicopatológico. Aparecieron nuevas patologías y otras viejas adquirieron rasgos nuevos. Un trastorno específico, subyacente a muchos cuadros, comenzó a extenderse. El *trastorno del narcisismo pasó a ser en los 90 la infraestructura psicopatológica dominante*³.

La década del 90 fue la de los ataques de pánico, de la depresión, de los trastornos de la alimentación, el vacío, las actuaciones, el falso self, el sobre-estrés, la sobreadaptación, el aumento de la violencia familiar, la implotión psicósomática y las adicciones. En muchos casos se observaban serias dificultades en los procesos de simbolización. El

³ En consonancia con el pensamiento de Fichon-Rivière, quien cuestiona el concepto freudiano de narcisismo primitivo, consideramos en todos los casos al narcisismo como secundario, es tanto se constituye como producto de la internalización de una red vincular.

daño psicológico se extendía y profundizaba. Los vínculos presentaron alteraciones significativas: la fragilización, proyecciones masivas de esa fragilidad, defensas como la banalización, la desestima y el encierro en sí mismo.

A pesar de la diversidad sintomática y de cuadros psicopatológicos, observamos por entonces que muchas de estas expresiones patológicas presentaban algo en común: un importante *sufrimiento centrado en la identidad*, la *vivencia de "naufragar" entre aspectos fragmentarios* y la *imposibilidad de delimitar cierta centralidad* desde la cual diseñar una estrategia de vinculación con otros y consigo mismo⁴.

Durante los '90 diversos autores se refirieron a formas de *fragmentación* como la "multifrenia", "yo saturado", "sujetos estallados", etc. Desde la psicología social pichoniana, para que se configure una estructuración subjetiva específica es necesario no sólo la "presión" de los "factores actuales" sino que los mismos se conjuguen con "factores disposicionales". En lo que se refiere a los *aspectos disposicionales más regresivos*, vinculados a la personalidad de base, encontramos estas sugerentes observaciones realizadas por Hanna Segal y Melanie Klein: "Cuando los mecanismos de proyección, introyección, escisión, idealización, negación, e identificación proyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad y ésta invade al yo, puede surgir la *desintegración del yo como medida defensiva*. El yo se fragmenta y escinde en pedacitos para evitar la experiencia de ansiedad. Este mecanismo, muy dañino para el yo, generalmente aparece combinado con la identificación proyectiva". "La desintegración es el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse de la ansiedad. A fin de no sufrirla el yo hace lo que puede por no existir, intento que origina una aguda ansiedad específica: la de hacerse pedazos y quedar pulverizado"⁵. (Cursivas mías.) (Segal, Hanna. *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós, Buenos Aires, 1982.)

⁴ Por entonces, en casi la mitad de las consultas la fragmentación subjetiva y vincular aparecía como lo principal del cuadro o por lo menos como un componente secundario pero significativo.

⁵ Melanie Klein, en el trabajo "Envidia y gratitud" de 1957 dice: "En mi trabajo sobre la identificación sugiere cuán importante es para el desarrollo de la personalidad y la salud mental el hecho de que la fragmentación no domine en los primitivos procesos de disociación. Allí dije: 'Cuando se tiene la sensación de contener un pezón y un pecho no dañados —aunque coincidiendo con fantasías del pecho devorado y despedazado— la identificación y proyección no están predominantemente relacionadas con los partes fragmentados de la personalidad, sino con partes más coherentes del individuo. Esto implica que el yo no está expuesto al fatal desdoblamiento por dispersión y por esta razón es más capaz de deshacer repetidamente la disociación y alcanzar la integración y síntesis un relación con los objetos'". (Cursivas mías.)

El proceso social de los 90 producía efectos específicos creando nuevas patologías o sumando rasgos nuevos a patologías ya conocidas. La fragmentación del orden social tenía eficacia en la configuración de las tramas intersubjetivas y por lo tanto en las intrapsíquicas. La fragmentación aparecía, por entonces, tanto como efecto de la crisis como defensiva ante la misma.

Cada época histórica instala un ideal de salud, un prototipo sano. Con relación al prototipo sano predomina también, en cada época, un tipo de *patología mental específico*. El trastorno del narcisismo fue la *contracara inevitable del ideal de salud impuesto en la década del 90*. La ideología del individualismo como salvación ("hacé la tuya"), del trabajador "adaptable", "flexible" y "polifuncional", "involucrado" mativamente en la empresa, generaron para muchos las condiciones ideológicas de esa fragmentación subjetiva y vacío característica de los trastornos del narcisismo.

Si bien los rasgos dominantes de una época no se reflejan linealmente en las estructuras subjetivas e ideológicas, es innegable la presión que la "época" ejerce sobre las características de la subjetividad. La fragmentación práctica que impuso el orden social tuvo una fuerte pregnancia en muchos sujetos aunque no significó en todos los casos el predominio de la fragmentación subjetiva. Marcó un predominio, una tendencia. Podríamos decir que todas las personas, en alguna medida, interiorizamos esa fragmentación⁶.

Hagamos más explícito y preciso el concepto de *trastorno del narcisismo*. Seguimos aquí a Héctor Fiorini, quien señaló sus características principales⁷:

⁶ Existe una relación dialéctica entre la direccionalidad que tiende a imponer un orden social a la subjetividad y otras circunstancias personales entre las que se encuentra el factor disposicional. La interacción de ambos factores da por resultado la conducta de los sujetos en cada aquí y ahora (Principio de Policausalidad). La presencia diferencial de lo disposicional explica que muchas personas hayan presentado lo que llamamos trastorno del narcisismo y muchas otras personas patologías con características diferentes. El "Factor Actual", que no es simplemente desencadenante —como en el esquema freudiano— sino co-determinante, tampoco fue el mismo para todos; dependió de la ubicación en la estructura productiva y vincular-social de cada sujeto. Refirió el problema de la Policausalidad a la fragmentación subjetiva y vincular podemos decir que a mayor disposición a la fragmentación hay menos necesidad de factores actuales fragmentantes para que ésta se manifieste. Y a menor disposición fragmentante la fragmentación subjetiva se desencadena sólo cuando el factor actual fragmentante es muy significativo.

⁷ Fiorini, Héctor. "Perfil clínico y psicodinámico del trastorno narcisista". Ficha.

1. Las problemáticas están contradas en el sí mismo, en las imágenes de sí, en la no estabilidad ni coherencia de esas imágenes.
2. Implica siempre un trastorno de la autoestima en forma de una oscilación entre la impotencia y una omnipotencia muy severa.
3. Fallas en la estructuración del psiquismo que se expresan en la fragilidad, inestabilidad, difusión.
4. Vivencias de riesgo permanente por lo que un acontecer cualquiera modifica la imagen de sí en forma súbita.
5. Se produce un cuestionamiento constante, una vivencia de vulnerabilidad muy intensa en la interacción.
6. Ansiedades hipocondríacas y distintos trastornos en la configuración del esquema corporal y ansiedades muy intensas.
7. Existencia de un factor disposicional temprano vinculado a un déficit en la estructuración de la personalidad a causa de detenciones de aprendizajes en etapas arcaicas o regresiones a esas etapas en las cuales predominan vínculos simbióticos, en los que el otro aparece poco diferenciado de sí.
8. El trastorno del narcisismo se presenta a veces con pensamiento confusional y un fondo depresivo en todos los casos.

Es importante señalar que no en todos los casos la fragmentación subjetiva constituye el lado visible y manifiesto de la problemática narcisista. Muchas veces lo que aparece explícito es la reacción pseudo-cohesiva ante la misma⁸.

La fragmentación subjetiva y vincular —y el trastorno del narcisismo— aparece manifiesta en el vacío, en muchos trastornos de la alimentación, en el ataque de pánico, en la violencia familiar, en las depresiones y las neurosis en general.

Aparece implícita, oculta en una pseudo-cohesividad en la llamada a personalidad *light*, el falso self, muchas conductas sobreadaptadas, patologías psicósomáticas, caracteropatías y actuaciones.

En ambos casos, cuando lo explícito es la fragmentación o cuando lo pseudo-cohesividad puede ocurrir que la problemática narcisista constituya lo fundamental del cuadro o un aspecto secundario pero significativo. En todas estas circunstancias la fragmentación subjetiva puede ser relacionado a un tipo de objeto que Joyce Mc Dougall llamó "objeto transitorio", esto es un tipo de objeto que por no poder cons-

⁸ Esta cohesividad del yo es lo que diferencia la reacción ante la angustia de fragmentación en los trastornos narcisistas y en las psicosis. En el narcisismo el yo tiende a desintegrarse, en la psicosis tiende a fragmentarse.

tituirse como objeto interno lleva al sujeto a buscar sintomáticamente en el "afuera".

Además de los conceptos de *objeto externo* y *objeto interno* creados por Freud y desarrollados por Melanie Klein, Winnicott creó la categoría de *objeto transicional*, para referirse a un objeto que psicológicamente no es externo ni interno. Joyce Mc Dougall propuso el concepto de *objeto transitorio* para describir la modalidad de funcionamiento psíquico que observó en un tipo determinado de pacientes. El rasgo más significativo del objeto transitorio es que es un objeto que no puede establecerse como interno. El proceso de internalización está bloqueado por insuficiencia de transicionalidad en el vínculo —producida por una distancia excesivamente cercana o lejana del otro— y la imposibilidad que tiene el sujeto, inserto en esa estructura vincular, de perder psicológicamente el objeto externo. No se puede iniciar así el imprescindible proceso de duelo que precede a la internalización. Esto lleva al sujeto a buscar la satisfacción sintomáticamente en el afuera creándose una modalidad adictiva de relación con los objetos externos.

Según Mc Dougall el objeto transitorio se encuentra en la base de los trastornos psicósomáticos, la psicosis y la adicción. El acto-sintoma ocupa el lugar de una elaboración faltante, de un afecto penoso o agradable —connotado como prohibido o peligroso por el sujeto—. Al *objeto adictivo* —configurado por sustancias tóxicas, alimento ó personas— se lo vive como un *buen objeto* aunque subyace a esa elección una *sensación de vacío y angustias catastróficas*.⁹

Decodificar el trastorno narcisista y las formas pertinentes de abor-daje del mismo, significó para muchos de nosotros durante los 90 una esforzada e indispensable tarea de investigación. La crisis producía fenómenos específicos que planteaban nuevas exigencias a la tarea clínica. Fuimos esclareciéndonos y encontrando líneas de trabajo para

⁹ Agrega Mc Dougall: Se produce una *fusión erótica con un objeto faltante, ya muerto* —ejemplo: suicidio psicósomático.

La presencia de un funcionamiento psíquico de este tipo se acompaña de *fantasmas de omnipotencia muy primarias y control mágico* de los objetos. Se observa simultáneamente una *desconexión del self* que fue descrita como *afectividad*. Esta conjunción implica un estado de *coherencia grave* y la *fragilización* de una parte de la personalidad. Toda esta situación dinámica tiene su base en las angustias más primarias vinculadas a la pérdida del objeto y de la vida misma. Esta estructura consiste en un mismo sujeto con otras modalidades de vinculación no afectadas que pueden ser incluso muy creativas. Véase Mc Dougall, Joyce. "Para Pensar la Bulimia". *Zona Erótica*. Es. As., invierno 1994. La autora, psicoanalista francesa de origen neozelandés, es autora de *Teorías del Cuerpo y Teoría de la Mente*.

problemas clínicos para los que, por entonces, no teníamos respuestas suficientes¹⁰.

A mediados de la década del 90, significativos hechos irrumpieron en la escena social planteando modificaciones en el esquema previo. El orden impuesto a comienzos de la década comenzó a ser confrontado por nuevas luchas y prácticas sociales. Miles de personas, que venían sufriendo las consecuencias de los ajustes y despidos y que ya habían decodificado el carácter antagónico del mismo con las necesidades humanas, desarrollaron luchas con una consigna central: la dignidad. Estos procesos fueron modelando formas de salida de la fragmentación social y subjetiva. En el año 2000 observamos emergentes que expresaban que si bien la fragmentación era claramente lo dominante, otros tipos de estructuraciones subjetivas comenzaban a confrontarla¹¹.

La situación actual

Este análisis sobre la situación actual no pretende ser más que una *aproximación*, ya que refiere a hechos que están sucediendo en este preciso momento. La veriginosidad de los mismos, una vez más nos interroga, requiriendo tal vez reajustes conceptuales. Es necesario reflexionar sobre las continuidades y rupturas que el momento actual parece presentar.

Al hablar de "situación actual" me refiero al período que se abre el

¹⁰ En mi caso fueron conclusiones a las que arribé participando de un equipo de investigación junto a Irma Mazzotti, Berta Aronowicz, Mónica Burstein, y Jorge Repetto (años 1993-1999).

¹¹ Pudimos observar este fenómeno en una tarea de investigación creativa realizada en el año 2000. A través de técnicas dramáticas, que funcionan como test proyectivo grupal —en los que se objetivan procesos intrasubjetivos e intersubjetivos de los miembros participantes— observamos los siguientes existentes: a) la *obstrucción de la fragmentación* (simbolizada, por ejemplo, en el descuartizamiento de Tupac Amaru) y *procesos de unificación transitoria*, muchas veces de contenido fusional; b) Las escenas, expresión de un período de transición, contienen un grado de *ambigüedad* elevado, donde por ejemplo una situación de nacimiento parece remitir *indiferenciadamente* a una situación de muerte. Lo fragmentado se fusionaba. Vale aclarar que la salida de la fragmentación no es necesariamente la integración y que otros caminos como la *fusión* —e *indiscriminación*— yó el colapso son otras alternativas posibles para la misma. (Realizamos esta tarea con el Equipo de Investigación en Clínica Psicomana (ICP) formado por Fernando Fabris, María Dolores Galibáñez, Gabriela Lachowicz, Ricardo Silva y Silvia Puccini.)

19 y 20 de diciembre de 2001 y llega hasta el presente (octubre 2002). En diciembre pasado, a pocas horas de decretado el Estado de Sitio, se desencadenó una inmensa movitización popular que forzó la renuncia del entonces Presidente de la Nación. Emergió la consigna "que se vayan todos, que no quede ni uno solo". Para los sectores dominantes se inauguró un tiempo de crisis de consenso que se mantiene hasta el presente. Los valores, ideales y referencias identificatorias de la década anterior, que venían siendo confrontados y sufriendo un desgaste de hace varios años, se desmoronaron. Las verdades indiscutibles de los 90 fueron cuestionadas y repudiadas por millones de personas. Sobre esta base, el movimiento popular realizó un nuevo avance en el desarrollo de formas de organización social. La correlación de fuerzas se volcó más a su favor hasta llegar a una situación de relativo equilibrio. Simultáneamente desde diciembre se aceleró el deterioro de la vida económica de millones de personas. Fueron fuertemente afectados los sectores medios y los sectores más humildes vieron aumentadas sus privaciones hasta niveles de hambre. Miles de niños mueren hoy por causas evitables y millones crecen en condiciones de subalimentación que comprometen su adecuado desarrollo físico y mental. Se extendieron ignominiosamente los porcentajes de "necesidades básicas insatisfechas" e "indigencia".

Sintetizando, se entrelazan tres fenómenos: a) la profundización de la crisis económica, pobreza, hambre, b) la crisis de consenso de los sectores dominantes que se expresa en el rechazo a las ideas políticas hasta diciembre vigentes y sus representantes, c) el cambio a favor de los sectores populares de la correlación de fuerzas sociales y la emergencia de nuevas formas de organización.

Estos procesos sociales y políticos —algunos de ellos inéditos— se acompañaron de vicisitudes subjetivas diversas.

a) En muchos sectores se desarrolla la *tendencia a la reconfiguración y recuperación de relaciones vinculares y sociales* que habían sido devastadas por más de una década de individualismo, encierro en sí mismo y significación del otro como rival a excluir. La recomposición de vínculos y relaciones sociales queda manifiesta y a la vez se expresa en un renovado sentimiento de poder influir en los acontecimientos. Las *nuevas formas de organización social* como el trueque, las asambleas barriales, las multisectoriales, organizaciones de aborristas, las ocupaciones de fábrica por sus trabajadores, el desarrollo de las organizaciones de desocupados, etcétera, son tanto efecto del nuevo posicionamiento como estructuras de sostén del mismo. Sobre el marco de estas formas

de organización social se dan procesos de cambio personal, elaboración de identidades y saludes nuevas¹².

b) Por otro lado está presente un *sentimiento de desesperanza* al que subyacen ansiedades catastróficas y la vivencia de derrumbe social ("Titanic"). También se observan vivencias melancólicas (por ejemplo la sensación de estar "fallado").

c) Un hecho preocupante es el incremento y agravamiento de *severas expresiones patológicas*, fundamentalmente de carácter autodestructivo. Son informados altos índices de *suicidios* —en adolescentes y ancianos—, *cuadros depresivos*, *enfermedades y colapsos somáticos* — como por ejemplo muertes en adultos de mediana edad por infartos y accidentes cerebrovasculares¹³.

Los fenómenos a), b) y c), suelen estar presentes, coexistiendo a veces en una misma persona y en un mismo sector social. La búsqueda de nuevas formas de salud y protagonismo, los sentimientos depresivos de desesperanza y la presencia de un cuadro depresivo o el colapso somático están en unidad y lucha en la mayoría de las personas en la actualidad.

No para todos, pero sí para una mayoría los ideales de una época cayeron. Con ello se desarticulan modalidades de funcionamiento psicológico que fueron relativamente funcionales en el pasado. La fragmentación subjetiva y las modalidades de adaptación *light*, dominantes en los 90, dejaron de ser útiles ante los nuevos acontecimientos. Cierta "darse cuenta" del mundo —ahora reconocido como devastado y verso— se correspondió en muchas personas con la visualización de lo negado y renegado en la década anterior¹⁴. El reconocimiento de la realidad, tan fuertemente desestimada durante la década del 90, conllevó

¹² Un ejemplo de esto lo constituye una situación que me refirieron: una persona que tenía dificultades para permanecer parada durante una hora, podía estarlo durante cuatro al participar de una Asamblea Popular. Casos como estos ilustran respecto del significado de estructura de sostén que para los sujetos tienen las nuevas formas de organización social. Están en curso *redefiniciones de la identidad* que se expresan también en *procesos de crisis de elecciones de vida* (vocacionales, matrimoniales, migración, de modelos de readaptación).

¹³ Este fenómeno está minimizado en los medios de comunicación masivos que muestran selectivamente hechos de violencia delictiva, tal vez apuntando a mantener la significación del otro como fuente de peligro, significación dominante durante los '90.

¹⁴ A pesar del carácter excesivamente simplista de la afirmación digo que el "darse cuenta" inicia un proceso de recuperación de la salud o desencadena el colapso. Más aún teniendo en cuenta que el insight que se produjo en muchas personas refiere a un proceso social que tuvo y tiene fuertes componentes paraveras (corrupción sistémica, abuso de poder, desastrosos de la percepción, etc.).

un reconocimiento de sí mismo y una resignificación del rol del otro. En términos generales nos encontramos, a nivel de la estructuración subjetiva, en el marco de un salto cualitativo parcial, avanzando posiciones, más allá de la fragmentación y el vacío de los 90¹⁵. En función de este proceso muchas contradicciones se tensan y agudizan. Lo viejo ya no sirve y lo nuevo aún no logra imponerse.

La expresión positiva de esta salida de la fragmentación, incipiente pero efectiva, es la que se da en las personas que al calor de nuevas formas de organización y vinculación, se repositionan con relación a sus necesidades y generan nuevas formas de salud. La recuperación de la iniciativa, las formas colectivas de organización y un posicionamiento más activo respecto de los hechos permitió a muchos aliviar un padecimiento hasta hace poco sufrido pasivamente. Uno de los efectos de este repositionamiento es el encuentro o reencuentro de cierta *centralidad* subjetiva personal, una visión más *totalizadora* y concreta de sí y los otros¹⁶. Este proceso tiende a oponerse a la fragmentación que dominó en la década anterior.

Es probable que este mismo proceso de reconocimiento de sí, alivianate para muchos, haya sido vivido como predominantemente doloroso para otros y en algunos casos —según la estructura de personalidad previa y circunstancia personal— puede haber sido sentido por algunas personas como algo intolerable. A esta última vicisitud es posible que pertenezcan los casos de personas que sufrieron alguna de las formas de colapso personal que se vieron intensificadas en el presente año. Este signo preocupante requiere de dispositivos preventivos y de asistencia adecuados.

Quizá sobre un mismo eje, cierto "insight" sobre el mundo que tuvo un efecto de resignificación sobre el rol de sí y los otros, se hayan movido las dos direcciones contrarias que tomó la subjetividad social predominante durante el 2002: la depresión y las sintomáticas formas de co-

¹⁵ El proceso de salida de la fragmentación, tal cual lo defino aquí, no implica necesariamente el avance a una integración más saludable. El encuentro con una cierta centralidad subjetiva (identidad) supone la percepción de la fragmentación previa y por lo tanto requiere la reelaboración de conflictos eludidos o "atemperados" por medio de la fragmentación, que funciona como defensa psíquica. Para algunas personas se hace posible y elaborable un proyecto que apunta a integrar las "partes" ocultas. En otras, en las que observamos el desarrollo de situaciones de riesgo autodestructivo la "salida" de la fragmentación significó el colapso y no la posibilidad de una nueva salud.

¹⁶ Señala Eric H. Erikson que los atributos de lo que se denomina identidad pueden caracterizarse como "coherencia, totalidad e integridad" (*Ética y Psicopatología*, Lumen-Hornó, Bs. As., 1993).

lapso personal por un lado, la reconfiguración de vínculos y una subjetividad menos fragmentada por el otro. Los dos fenómenos —uno negativo, otro positivo— se asientan sobre un emergente similar: la salida "fallida" o saludable de la fragmentación.

Hay muchos indicadores que hacen pensar que no predomina hoy esa modalidad de funcionamiento subjetivo que fue tan central en la década pasada: la fragmentación subjetiva y vincular. A pesar del relativo atraso que tiene la reconstitución de las redes sociales, el aún predominio de la fragmentación a nivel de la organización social y política y del agravamiento del sufrimiento social, no es hoy la fragmentación subjetiva la modalidad predominante de estructuración de la personalidad de los sujetos¹⁷. Como señalamos antes la crisis social no es directamente crisis de los sujetos, así como, la fragmentación social y el aumento del sufrimiento no es necesariamente fragmentación subjetiva. Los sujetos parecen haber encontrado una nueva centralidad, que aunque inestable y aún débil los posiciona de forma diferente a la década anterior¹⁸.

¹⁷ Encontramos el terreno vincular recorrido por una significativa conflictividad. Hay una agudización de la ritmia en las contradicciones encuentro/desencuentro, vinculación/aislamiento, acercamiento/distancia, solidaridad/temor al otro. La inestabilidad de la situación produce pasajes de momentos de expectativa y esperanza a otros de rechazo, escepticismo, frustración y vacío. Factores dispositionales agravados por la fragmentación de los noventa reaparecen con frecuencia, la sospecha y la desconfianza (significación negativa del otro) acecha, aun en los vínculos solidarios. Sin embargo, el conflicto no implica en todos los casos fragmentación vincular. La fragmentación en el vínculo implica una modalidad específica de relación en la que uno permanece predominantemente ajeno al otro (en tanto otro). En la situación actual observamos que los conflictos en los vínculos se dan sobre una nueva base que implica un grado mayor de percepción y problematización del rol del otro. Este movimiento en el vínculo es coincidente, en nuestra opinión, con el logro de cierta centralidad subjetiva que desde ya coexiste con aspectos fragmentados. Como dije antes, a nivel individual, se reconoce pero también se niega y resiega. Estas vicisitudes intrapersonales se corresponden con la conflictividad que muestran las relaciones interpersonales.

¹⁸ Recordemos que en el 2000 los emergentes referían a la dialéctica "fragmentación / unidad fusional transitoria". En septiembre de 2002 encontramos los siguientes emergentes: a) búsqueda y encuentro de unidad que se re-descubre en el "darse cuenta" del enemigo común (que se vayan todos); b) la necesidad de unos parece remitir a la de los otros (no aislamiento); c) la unidad de acción incluye una diversidad altísima de roles sociales y posicionamientos personales distintos; d) la posibilidad de humor en el reflejo de lo trágico, que consideramos un indicador positivo de simbolización. Como rasgo negativo encontramos ciertas vicisitudes de autoafirmación ante los diferentes ritmos y la forma en que distintas personas y sectores tienen de "darse cuenta". (Actividad realizada por el Equipo de Investigación en Clínica Pichonians en las Jornadas de Psicología Social en Santa Fe, septiembre de 2002.)

En base a esta observación y a la casística —restringida— que me aporta la práctica clínica arriesgo la hipótesis de que en el terreno de la enfermedad mental no es ya predominante aquella infraestructura patológica que lo fue durante los 90. No se observa la antes tan frecuente presencia de patologías caracterizadas por la fragmentación subjetiva y vincular, la vivencia de vacío y el trastorno de identidad, es decir, los trastornos del narcisismo. La hipótesis de esta modificación en la subjetividad "normal" y su correspondiente expresión patológica requerirá de nuevas observaciones, que desde ya ratificarán o rectificarán lo que aquí se afirma.

Notas sobre la tarea clínica

a) A nivel individual, en la práctica clínica, observé en el presente año muchas personas replanteándose aspectos propios que las implicaban en niveles profundos. Muchas se animaron a enfrentar defensas que en otro momento personal disminuyeron la angustia pero conservaron en estado latente el conflicto. *Emerge la posibilidad de encontrarse con los aspectos más dañados y estereotipados de sí mismo y atreverse a abordar las escenas internas que por no haber sido elaboradas, fundaron los aspectos más rígidos y fragmentados de sí.* Da la impresión que los sujetos encontraran la oportunidad de, a partir de las modificaciones en el encuadre del contexto social, revisar núcleos encapsulados y ensayar conductas personales menos estereotipadas. Muchas veces este proceso coincide con la revisión de los aspectos más oscuros de la propia historia vincular, familiar y social.

La tendencia a la revisión y al cambio coexiste con fuertes resistencias a los mismos, resistencia sin duda alimentada por un elevadísimo clima de inseguridad básica y temores depresivos. Es frecuente en la práctica clínica actual, que a cada avance elaborativo suceda un retroceso defensivo y que el ritmo del cambio no sea el de una progresión más o menos sostenida sino, más bien, por oleadas, es decir, avances significativos y retrocesos relativos aunque importantes. Se enfrenta y aborda pero también se posterga, se huye, se niega, se desmiente lo antes reconocido. Aparecen, muchas veces, manejos psicopáticos, actuaciones de mala fe, formas de no asumir y huir de la depresión, caotización de los roles familiares, etc.

b) Es probable que la situación actual, que incrementó los sufrimientos en forma masiva, esté convocando y actualizando con particular intensidad aspectos no elaborados de la historia individual y social. Esta

articulación de factores es particularmente significativa en las personas en las que la crisis se expresa en términos de colapso personal.

c) En los sectores más empobrecidos, según informaciones que dispongo, está actuando, además del dramático problema de la supervivencia, conflictos vinculares y subjetivos que por contener elementos regresivos generan también riesgos elevados y específicos. El suicidio y la depresión tienen un lugar importante. La experiencia directa e indirecta con personas pertenecientes a sectores de desocupados muestra que también está activada la necesidad de revisión de aspectos personales y vinculares, cuestiones que algunas veces se transforman en puntos de urgencia que son indispensables abordar.

Es tarea del presente apoyar a los que luchan, asistir a los que sufren, que no necesariamente son dos categorías distintas de personas.

Del encierro en la propia piel y el individualismo posmoderno avanzamos paulatinamente a nuevas formas de vinculación y organización. Del relativismo cognitivo según el cual "cada uno tiene su verdad" se pasa, en muchos lugares, a experiencias colectivas de construcción de conocimiento en las cuales se trabajan las diferencias desde una perspectiva de unidad.

La recomposición del movimiento popular, que desde hace algunos años avanza en identificar a sus enemigos, busca formas de unidad y mantiene la lucha por la dignidad, es la base de una nueva y creciente resignificación del otro. En muchos sectores los otros no son visualizados como rivales a excluir sino, más bien, como otros necesarios, indispensables para la elaboración de un proyecto de cambio social sin el cual parecen no tener lugar los proyectos personales.

Existe una tendencia al desarrollo de nuevas formas de salud, de la cual son portavoces algunos integrantes del movimiento de desocupados que están en proceso de organización y lucha. En algunos de ellos se observa una fortaleza yoica que afortunadamente está desprovista de rigidez. Es probable (y deseable) que en algunas personas y sectores sociales no se vuelva a formas de equilibrio anteriores y por lo tanto no se repitan las modalidades caracteropáticas, rígidas y disociadas que según muchos testigos especializados, entre ellos Pichon-Rivière y Otto Fenichel, fueron predominantes en la subjetividad durante las décadas del 50 y del 60.

La estructuración de nuevas subjetividades, que apuntan a cierta superación de la fragmentación, se expresa en la salud como proceso íntimamente ligado a la lucha por la dignidad y el encuentro parcial pero efectivo de un sentido nuevo a la vida, un reposicionamiento.

to con respecto a las necesidades propias y de los otros mediato e inmediatos, mayor conciencia de las formas organizativas adecuadas para resolver esas necesidades y la elaboración de nuevos proyectos.

En el terreno patológico como dijimos aparecen situaciones de emergencia que deben ser seguidos con atención y detalle.

Las vicisitudes del desarrollo del proceso salud-enfermedad tienen una dinámica inseparable de la agudización de la crisis social, así como, de las prácticas de protagonismo colectivo que maduran en muchos lugares de nuestro país y sostienen la esperanza de un presente y un futuro más justo, más digno, más humano.

Bibliografía

- Fabris, Fernando. "El posmodernismo en ciencias psicosociales: análisis y crítica". Revista *Temas de Psicología Social* N° 19, Octubre 2000, Buenos Aires, Argentina.
- Fabris, Fernando. "Institución Salud", clase dada en junio de 2002 en la "Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por Enrique Pichon-Rivière".
- Fiorini, Héctor. "Perfil clínico y psicodinámico del trastorno narcisista". Ficha.
- Grupo de Investigación en Clínica Pichoniana (ICP). "¿De qué y cómo nos enfermamos? ¿Cómo y con quién nos curamos?". Actas de los Talleres de Investigación Creativa realizados en las "Segundas Jornadas Latinoamericanas de Psicología Social" (Capital Federal, octubre 2000) y *Jornadas de Psicología Social en Santa Fe* (septiembre 2002).
- Kesselman, Hernán. *Comunicación personal*.
- Martino de Paschero, Lucía R. "Situación Actual" en *Actualidad Psicológica*. Año XXVII, N° 296, abril 2002.
- Mc Dougall, Joyce. "Para Pensar la Bulimia". *Zona Erógena*, Buenos Aires, Invierno 1994.
- P. de Quiruga, Ana. *Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1998.

PROBLEMAS Y DEBATES TEÓRICO-TÉCNICOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

REFLEXIONES A PARTIR DEL FORO
DE CLÍNICA PICHONIANA DE MENDOZA!

FERNANDO A. FABRIS
MARIA DOLORES GALINANES

Este trabajo es un intento de elaborar algunas respuestas a las preguntas formuladas por el público participante en el Foro de Clínica Pichoniana realizado en Mendoza en octubre de 2003, las cuales sirvieron de punto de partida para desarrollar los temas que se mencionan a continuación.

- Conceptualización del término "clínica" desde la teoría pichoniana.
- Enfoque psicoanalítico y enfoque pichoniano: dos campos teóricos diferentes.
- Enfoque psicoanalítico y enfoque pichoniano: diferencias de técnica y encuadre.
- Interpretación y otras intervenciones operativas.
- Cierre del vínculo terapéutico.
- La profundidad de la psicoterapia.
- Operación y actitud psicológica.
- Como distinguir la contradicción principal de las secundarias en el proceso terapéutico.
- Vínculo y transferencia.
- Lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo.

1^{2da.} Jornadas Mendocinas de Homenaje al Dr. Enrique Pichon-Rivière. 12^{da.} Jornadas Nacionales de Homenaje al Dr. Enrique Pichon-Rivière: "Desafíos en salud mental a inicios del milenio: nuevos abordajes", realizadas entre el 10 y el 12 de octubre de 2003, en la Ciudad de Mendoza, organizadas por la Escuela Superior de Psicología Social Mendoza, "Dr. Enrique Pichon-Rivière".

- ¿Por qué hablar de necesidad y no de deseo o pulsión?
- Clínica pichoniana y promoción de salud en el ámbito comunitario desde la psicología social.
- Problemas prácticos del psicólogo social en la comunidad.

Conceptualización del término "clínica" desde la teoría pichoniana

Este término designa un campo de trabajo específico, el cual corresponde, en el ámbito de la salud mental, a la asistencia o prevención terciaria de la enfermedad. Se trata de un área de trabajo específica dentro de la psicología, destinada a abordar los problemas psicopatológicos o conflictos personales-vinculares que implican algún grado de patología mental.

Enfoque psicoanalítico y enfoque pichoniano: dos campos teóricos diferentes

La clínica pichoniana reconoce, entre sus fuentes, a la teoría psicoanalítica. Progresivamente, la práctica y la teoría de Pichon-Rivière se diferenciaron en aspectos fundamentales hasta llegar a constituirse en un campo teórico diferenciado. En el siguiente cuadro presentamos, en forma sintética, las principales diferencias teóricas entre ambos enfoques.

Variable	Psicoanálisis	Psicología social pichoniana
Concepción del sujeto	Individualista-relacional.	Vincular-social
Concepción filosófica	Predominantemente idealista (esencialista) y metafísica.	Dialéctica materialista.
Objeto de estudio y operación	El inconsciente, la fantasía inconsciente, el deseo y las pulsiones instintivas.	El sujeto y su conducta en situación, jerarquizando el estudio y operación sobre los vínculos internos y externos en sus dimensiones conscientes e inconscientes.
Concepción del desarrollo	Predominantemente regresiva. Tendencia a considerar el psiquismo como un sistema cerrado.	Dialéctica (espiral en continuo movimiento). Concepción del psiquismo como sistema abierto.
Concepción de la motivación	Deseo, pulsiones instintivas.	Necesidad (estructura de necesidades).

Enfoque psicoanalítico y enfoque pichoniano: diferencias de técnica y encuadre²

Psicoanálisis clásico: Propone al paciente la asociación libre y ubica la interpretación como instrumento privilegiado del terapeuta.

En su forma tradicional, trabaja mediante sesiones de cincuenta minutos realizadas entre tres y cinco veces a la semana, por lo general durante varios años. No suelen explicitarse los criterios de finalización del análisis. Entre los instrumentos técnicos ocupa un lugar central el diván.

La lectura del terapeuta se dirige a las significaciones inconscientes de situaciones vinculares, que remiten —habitualmente— a la relación del sujeto con las figuras internas parentales, y los deseos, miedos y fantasías que se articulan con ellas. "Inconsciente", "repetición" y "transferencia" son conceptos fundamentales en esta práctica.

El psicoanalista establece una relación de gran asimetría, lo cual promueve la regresión en el paciente. Adopta una "neutralidad valorativa" que favorezca la proyección. Todo existente es tomado, predominantemente, como repetición de una situación histórica reciente o arcaica.

Clínica pichoniana: El terapeuta clínico pichoniano propone al paciente el uso de su capacidad de reflexión, la asociación libre, la creación de productos expresivos, etcétera. Participa a través de intervenciones operativas diversas, como el señalamiento, la interpretación, la dramatización, el juego, los gestos, las acciones en sesión, las técnicas de contacto corporal-emocional, y las entrevistas vinculares y familiares, entre otras.

La duración del tratamiento y la frecuencia de las sesiones se acuerdan con el paciente según los objetivos que éste se fije y el terapeuta considere pertinentes (desde unas pocas sesiones a varios años). Se explicitan en el inicio los criterios de finalización de la psicoterapia. Los resultados se evalúan periódicamente, en términos de logros y obstáculos de una determinada etapa.

Por lo general, se utiliza la relación cara a cara y, excepcionalmente, actividades fuera del consultorio.

Se fijan objetivos inmediatos y mediatos (metas o ranking de metas) que permite realizar una planificación estratégica por medio de un escalonamiento de objetivos específicos.

² Hernán Kesselman quién sea quien ha trabajado esta cuestión con mayor pertinencia. Véase *Psicoterapia breve*, España, Editorial Fundamentos, 3ª ed., 1985.

La interpretación y el esclarecimiento van dirigidos a las significaciones de los procesos que son objeto de reflexión, con sus componentes subjetivos y objetivos, individuales y vinculares-sociales, y se tienen en cuenta las dimensiones temporales del pasado-presente-futuro (proyecto).

El existente puede ser leído como repetición de una situación histórica o como ensayo de un futuro eventual, mediato o inmediato.

El terapeuta asume un rol asimétrico, en el sentido de que la psicoterapia se trata de un proceso en el cual dos personas se ocupan de una. Esto requiere del descentramiento del terapeuta de su propia necesidad. Sin embargo la asimetría, inherente a la tarea terapéutica, trata de ser reducida al mínimo a fin de configurar una relación, si bien no de amistad, pero sí amigable (Hernán Kesselman, comunicación personal).

Por momentos, el terapeuta opera desde una mayor presencia y, en otros, desde una aparente prescindencia; a través de la escucha acentúa el aspecto receptivo de su rol y con ello, al decir de Henri Lefebvre, crea un "vacío dinámico". El terapeuta apunta a que, cuando sea posible, el paciente llegue por sí mismo a la interpretación de sus procesos vinculares en sus dimensiones inconscientes.

Interpretación y otras intervenciones operativas en la clínica pichoniana

El encuadre, en tanto instrumento, puede estar al servicio de una estrategia que promueva mayor o menor regresión, mayor dependencia del vínculo terapéutico, o apunte a una diferenciación y autonomía progresiva.

Siguiendo a Hernán Kesselman, pensamos que las interpretaciones en psicoterapia pichoniana deben ser asistemáticas, bidireccionales, en un lenguaje compartido y focalizadas.

- a) Asistemáticas (no siempre, sólo cuando sea necesario): influyen en el monto de regresión.
- b) Bidireccionales: según la dirección sea de "allá, antes y con otros" a "aquí, ahora y conmigo", o viceversa. En un caso, centrípetas (transferenciales) y, en el otro, centrífugas (extratransferenciales). La utilización de un tipo u otro de intervención incide en la dependencia y la regresión.³

³ En el psicoanálisis, el relato de lo que sucede afuera (en la vida cotidiana) es comprendido, por lo general, en su sentido transferencial, lo cual aumenta la regresión. A la

c) En un lenguaje compartido. Hace un uso mínimo del lenguaje técnico. "La buena técnica no se nota", decía Bleger.

d) Focalizadas: con el fin centrarse en una tarea común, disminuir las ansiedades psicóticas básicas, en un marco general dado por los objetivos generales y particulares de trabajo acordado entre terapeuta y paciente; apuntando al obstáculo principal que impide una relación dialéctica consigo y el contexto en una situación dada.

Las cuatro características enumeradas llevan implícita la posibilidad de desificar la intensidad de la regresión durante el trabajo terapéutico y sus efectos en la vida cotidiana del paciente.

Cierre del vínculo terapéutico

Dice Enrique Pichon-Riviere en *La Psiquiatría, una nueva problemática*: "Los criterios de terminación del análisis deben ser esclarecidos al comienzo de la operación analítica".⁴ Esclarecer los criterios de terminación facilita la aceptación del final del vínculo, ya que instala la noción de finitud o límite temporal. En el problema del tiempo y su límite, de la finitud o la eternidad, está incluida la significación dada al otro: ya sea desde una perspectiva de dependencia infantil (más cercana a la ausencia de límite temporal y la visión del otro como objeto parcial idealizado) o por lo contrario de interdependencia más madura, en sus niveles progresivos y regresivos. El vínculo más maduro, que implica necesariamente la aceptación de la noción de finitud y límite, facilita la percepción del otro y de sí mismo de una manera más integrada, como vínculo total. Se percibe al otro como objeto diferenciado, es posible incluir el tercero (por ejemplo, el tiempo) que en cada situación co-estructura el vínculo.

Por último, en el momento del cierre del vínculo terapéutico, es importante analizar las depositaciones recíprocas.

vez el existente, o relato inicial del paciente, es comprendido, fundamentalmente, como una defensa o resistencia. Desde el punto de vista pichoniano, todo existente es considerado también, y por lo general fundamentalmente, intento de encosimiento y de encosimiento. Por ello el método es promover y acompañar el proceso de esclarecimiento que, más allá de la necesaria diferencia de roles, comparten terapeuta y paciente.

⁴ Pag. 377. "Terminación de análisis".

La profundidad de la psicoterapia

La profundidad alcanzada en un proceso terapéutico depende del tipo de vínculo establecido (calidad) y no de la duración ni de la frecuencia de las sesiones (cantidad). Según Hernán Kesselman, a priori, la psicoterapia no es ni corta ni larga, ya que la variable temporal depende de los objetivos posibles y necesarios.

La calidad potencial del vínculo está determinada, entre otras variables, por la capacidad y posibilidades del paciente y del terapeuta de abordar los temas más conflictivos y esclarecerlos, lo cual implica el análisis de cada aquí-ahora del vínculo terapéutico, de los procesos de depositación, el análisis de las significaciones inconscientes, la actuación de mecanismos de defensa y técnicas del yo, transferencias, etcétera.

Operación y actitud psicológica

El concepto de "punto de urgencia" —esto es, la consideración del momento de máxima vecindad entre lo explícito y lo implícito— es el indicador de la oportunidad de una interpretación. Señala, a la vez, lo que es más urgente y lo que es posible abordar en esa situación, e implica una actitud psicológica específica que requiere elaborar una "estructura de demora".

La intervención se realiza cuando el proceso de esclarecimiento está "maduro". La imagen que daba Pichon-Rivière era la del forinculo que había que apretar solo cuando podía sacarse la infección sin lastimar demasiado los tejidos. Esta imagen es coincidente con la que da Winnicott, quien señala que si el terapeuta sabe esperar puede experimentar el placer de que sea el propio paciente quien produce su propia interpretación, el protagonista de la estrategia de descubrimiento.

El abordaje desde la teoría pichoniana está caracterizado por la focalización en el proceso constructivo del paciente, simultáneo al del esclarecimiento y descubrimiento. Al desplegarse sus posibilidades de comprensión aumenta, la confianza en sí mismo. La interpretación, por parte del terapeuta, es utilizada en el momento en que se instala una esterectipia u otro tipo de dificultad de ese proceso progresivo.

El coordinador del grupo de aprendizaje tanto como el psicoterapeuta intervienen en la lectura de las ansiedades implícitas sólo cuando se configura una situación de obstáculo que así lo requiera. Por eso, la

tarea principal del grupo o del sujeto no consiste en comprender sus ansiedades, como lo es en algunos abordajes grupales psicoanalíticos, sino en llevar a cabo el "análisis de las contradicciones en el texto y contexto de su tarea", sea ésta el aprendizaje o la terapia. En la teoría de Pichon-Rivière una dimensión ineludible del análisis de la tarea es la lectura de los miedos, de lo latente, lo inconsciente (el psicólogo social opera en el terreno de los miedos). Hacer explícito lo implícito a través de la interpretación es una función que implica el esclarecimiento de ansiedades, fantasías y defensas tanto como matrices de aprendizaje y vínculo e ideologías.

Cómo distinguir la contradicción principal de las secundarias en el proceso terapéutico

Pichon-Rivière caracteriza a su práctica psicoterapéutica como un análisis dialéctico, de allí la importancia de estudiar la dialéctica materialista, cuya ley principal es la "unidad y lucha de los contrarios".

En un proceso terapéutico, tiene relevancia identificar la contradicción principal que en cada etapa o momento táctico resulta determinante. En una terapia también existen aspectos más permanentes y estructurales de los sujetos y la situación establecida que se corresponden con otra contradicción principal, más general, perteneciente a un proceso más amplio o extenso (por ejemplo la estructura de personalidad que es por lo general, relativamente constante).

La posibilidad de intervención operativa no sólo tiene que ver con estos niveles objetivos (contradicción principal en cada momento y en un largo proceso), sino también con lo que es posible en cada aquí y ahora del vínculo terapéutico y con los objetivos acordados con el paciente, los cuales constituyen un encuadre de referencia permanente para ambos.

La simultaneidad de múltiples contradicciones que operan en la conducta o la subjetividad de una persona hace que la intervención terapéutica pueda ser relativamente eficaz, aunque no logre identificar la contradicción principal durante algún tiempo (ya sea porque el terapeuta o coordinador no la visualiza o el desarrollo del proceso no la hizo visible, o porque el paciente rechaza, defensivamente, su visualización). Es importante tener en cuenta que el conocimiento es un proceso.

Vínculo y transferencia

La transferencia está relacionada con la repetición de pautas arcaicas de conducta no suficientemente elaboradas, que se constituyeron con relación a otros significativos primarios. Tiende a repetirse aquello que no se recuerda, lo que necesita ser modificado. El esclarecimiento de las transferencias, a partir de la operación terapéutica, permite otorgar un nuevo destino vincular al contenido que necesita hacerse conscientes⁵.

La transferencia es un proceso incluido en el vínculo, y en este marco es abordada en la clínica pichoniana. No todo lo que sucede entre las personas es transferencial; el vínculo focaliza la totalidad de los procesos que articulan a un sujeto, un objeto, los fenómenos de comunicación y aprendizaje, con la operación de un tercero que actúa como observador o facilitador.

El clínico pichoniano lee los fenómenos transferenciales, los aborda y apunta a su esclarecimiento. Si bien no persigue la incrementación de estos fenómenos tampoco subestima su existencia, ya que considera que siempre hay un vínculo regresivo, y en gran parte transferencial, una escena o fantasía más o menos inconsciente que comprende ambos términos del vínculo terapéutico y funciona como fondo (o figura) de la operación terapéutica.

En toda relación terapéutica se desarrolla una neurosis de transferencia (que incluye aspectos de psicosis transferencial). Esta neurosis es el despliegue, en el vínculo terapéutico, de los aspectos más patológicos que, al actualizarse, permiten su modificación.

Del lado del terapeuta, es fundamental el análisis de los conflictos propios y el registro de las resonancias, así como también la transferencia recíproca, cuestión que puede hacerse eficazmente en un marco adecuado de formación, supervisión y terapia.

Lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo

Se estudia cada polo y su relación.

En la clínica pichoniana, no solo se examinan los procesos psicóticos desde una perspectiva intrasubjetiva, sino también la relación de es-

⁵ Pichon-Rivière, Enrique; P. de Quirón, Ana. "Transferencia y contra-transferencia en la situación grupal". En *El proceso grupal*.

tos procesos internos con la realidad externa. Se estudia cada polo de esta relación —lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo— y el tipo de conexión que lo interno y lo externo establecen.

En el diálogo con el paciente *yo* a través de entrevistas vinculares, se indaga la situación objetiva en la cual está inmerso. Se exploran simultáneamente las representaciones, afectos y acciones que se corresponden o no con esa situación.

Al abordar el estudio de esa relación entre lo interno y lo externo, es posible evaluar el grado de dinámica o estereotipia de las técnicas de proyección e introyección, y los procesos de consonancia, resonancia y disonancia vinculares. El grado de dinámica o estereotipia de los procesos psicóticos se evalúa, también, a partir del análisis de la relación terapéutica mediante la indagación de la calidad del vínculo establecido, de los procesos transferenciales, de los emergentes producidos en vínculo, de la capacidad de co-inversión⁶, etcétera.

Los distintos prácticas en los distintos ámbitos suponen un análisis global.

Según el ámbito (psicosocial-sociodinámico-institucional-comunitario) y el objetivo específico de una práctica (aprendizaje-curación-prevención-etcétera), el operador hace referencia predominante a un sector particular del ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo o teoría pichoniana). Sin embargo, toda intervención realizada desde esta perspectiva teórica implica la referencia, más inmediata o mediata, a la totalidad del ECRO.

Por ejemplo, para comprender un proceso grupal no sólo es necesario entender los procesos de interacción, de depositación recíproca y la dinámica de roles, sino también conocer las formas básicas de organización del mundo interno de los sujetos, la actuación de las técnicas del *yo*, las ansiedades básicas y otros procesos intrasubjetivos. Por otro lado, para comprender la conducta de un sujeto en un encuadre terapéutico no sólo es necesario conocer la organización intrapsíquica individual en profundidad (incluidas las organizaciones psicopatológicas), sino también los fenómenos de grupo, el efecto de las instituciones en el sujeto, y la interacción entre procesos históricos y subjetividad individual en cada aquí-ahora.

⁶ Kesselman, Herman. Comunicación personal.

La dimensión intrasubjetiva está conformada por los objetos y vínculos internos sobre los que se realizan operaciones simbólicas que comprometen registros perceptivos-sensoriales, representaciones, fantasías inconscientes, el lenguaje verbal interno (Vigotsky) y la relación de todos estos fenómenos con los afectos.⁷

Intersubjetivo es igual a interacción y no es lo mismo que vínculo.

Lo intersubjetivo es abarcado por la categoría de interacción. No debe confundirse interacción con vínculo ya que, en la acepción dada por Pichon-Rivière, este último concepto no sólo designa las relaciones reales, la acción concreta del otro y su eficacia en la configuración de la conducta del sujeto, sino también la modalidad de la relación de éste con sus objetos internos. En el primer caso, estamos ante "vínculos externos" (pueden asimilarse a "interacciones") y en el segundo, a "vínculos internos" (asimilables a "mundo interno", "estructura psíquica", "grupo interno", "reflejo psíquico", "psiquismo", etc.).

El concepto de vínculo, de ruptura con ideas fundamentales del psicoanálisis, tiene entre uno de sus matices poner el acento en la unidad entre lo subjetivo y lo objetivo; designa con un mismo significado el aspecto interno y externo de la relación sujeto-mundo. Subjetivo y objetivo en Pichon-Rivière son polos de una contradicción cuya unidad hace que se transformen uno en otro, que lo interno se objektivice y lo externo se subjetivice, a partir de la apropiación que el sujeto hace de ello.

Incluso en la enfermedad mental, con su apariencia de pura subjetividad, tiene lugar lo objetivo. En la distorsión de la lectura de lo real implicada en los procesos patológicos, se encuentra siempre, en mayor o menor grado, un "núcleo de verdad". La enfermedad mental es una "denuncia ciega", concepto que expresa una contradicción dialéctica entre lo positivo de esa denuncia de la estereotipia del grupo del cual el sujeto es portavoz, y lo negativo de su calidad de denuncia inconsciente y, en gran medida, irreconocible e inoperante para el sujeto portavoz y el grupo al cual pertenece.

⁷ Véase Fabris, F. "Clínica pichoniana actual: premisas, conceptos, perspectivas" (2001) en este libro.

El trabajo terapéutico supone el abordaje y elaboración de escenas internas congeladas instaladas como obstáculos, en las que interviene —e interviene— un factor de distorsión significativo vinculado con un sentimiento intolérable y mecanismos arcaicos de defensa. Escenas por lo general inconscientes y de difícil acceso, no registradas, "olvidadas" (en el sentido de que, aunque se conozcan, no se puede acceder a su significado al estar bloqueadas tanto la elaboración psíquica como el afecto correspondiente).

De las muchas escenas que habitan el mundo interno de un sujeto hay un conjunto de ellas que son especialmente operantes e incluso alguna suele tener una eficacia particular en la configuración de gran parte o la totalidad de la conducta de una persona. Esta escena interna y arcaica, entendida como incorporación de vínculos y múltiples experiencias del sujeto es, a la vez, resumen o síntesis personal. No es necesariamente obstaculizadora, sino que puede ser también facilitadora al operar como factor motivacional. Un ejemplo son los procesos creativos —o de cambio en general—, en los cuales siempre hay un momento de fuerte conexión con los registros regresivos y primarios, donde se da un predominio de los códigos sensoriales respecto de los verbales, de lo desestructurado respecto de lo predominantemente estructurado que antecede al surgimiento de la obra o la resolución de una tarea.

Los argumentos o escenas internas son estudiados en términos de fantasía inconsciente.

Pichon-Rivière definió la dimensión intrasubjetiva como la crónica interna de la realidad externa, en la cual opera un pasaje fantaseado del afuera al adentro. Definió, también, las fantasías inconscientes como un "proyecto o estrategia totalizante de una acción sobre la base de una necesidad" (*El proceso grupal*, pág. 67) y señaló que "el dominio de la fantasía inconsciente debe ser considerado como la interacción entre objetos internos (grupo interno) en permanente interrelación dialéctica con los objetos del mundo exterior" (*ibidem*, pág. 42).

Estas diversas definiciones subrayan aspectos complementarios. El pasaje fantaseado del mundo externo al ámbito intrasubjetivo ("Prólogo" a *El proceso grupal*) refiere al hecho de que la apropiación de la realidad externa no es totalmente objetiva, e incluso es no objetiva en forma relativamente estable ya que el conocimiento es un proceso de aproximación infinito a lo real y, además, porque la operación de mecanismos defensivos conlleva un grado de distorsión de la lectura de lo real.

La definición de fantasía como crónica interna de la realidad externa ("Prólogo" a *El proceso grupal*) subraya la concepción materialista de la relación de lo objetivo con lo subjetivo, esto es, que lo interiorizado siempre tuvo existencia previa en el mundo externo (el vínculo interno tiene siempre un antecedente más o menos determinante en el externo).

La idea que define la fantasía inconsciente como proyecto o estrategia totalizante de una acción sobre la base de una necesidad señala el carácter motivado, situado e intencional del proceso de interiorización por el que se estructura y configura, en cada aquí y ahora con otro, el mundo interno. Definir a la fantasía como estrategia significa subrayar su carácter operativo (y no sólo defensivo), su proyección hacia el conocimiento y el aprendizaje como "apropiación instrumental de la realidad para transformarla", y no sólo su carácter de refugio en lo imaginario. La fantasía apunta a aprehender el objeto de la necesidad.

Delimitación del carácter defensivo u operativo de una técnica del yo

Es difícil delimitar, en el aquí-ahora de cada momento de un tratamiento, si aquello que el paciente expresa es una razón (que apunta a un esclarecimiento) o una racionalización (que es, fundamentalmente, una defensa), o incluso una razón escindida de su afecto (intelectualización). Por ejemplo, los pacientes fóbicos pueden sentir que una tarea que realizan desde hace mucho tiempo repentinamente ya no les agrada o interesa. Justifican con una racionalización —"no me gusta" — su alejamiento emocional (evitación) respecto de su actividad. Racionalizan la evitación con la cual pretenden escapar de un miedo no reconocido, emergente de su relación con la actividad temida. En los pacientes obsesivos, suelen verse argumentos y racionalizaciones inconducentes en lo explícito aunque eficaces en la función defensiva de mantener al sujeto alejado de las necesidades, deseos y emociones principales que lo afectan en un momento dado.

Las operaciones simbólicas articuladoras.

¿Cómo lo interno se hace externo y lo externo, interno? ¿De qué manera un orden histórico-social —y sus diversas mediaciones institucionales, grupales y vinculares— logra inscribirse en los sujetos, crear y modelar sus representaciones psíquicas y su conducta en general? ¿Qué mecanismos específicos operan como articuladores de lo ob-

jetivo del mundo y lo subjetivo de las representaciones psíquicas (mundo interno)? ¿Cómo lo intersubjetivo se hace intrasubjetivo y lo intrasubjetivo, intersubjetivo?

Proyección e introyección, internalización y externalización, identificación proyectiva e identificación introyectiva, depositación y asunción, identificación centripeta o centrifuga, interiorización del otro generalizado y la adopción de las actitudes del otro (G. H. Mead) son algunos de los mecanismos que, estudiados por diversos autores, han sido postulados como articuladores en los procesos de contacto e intercambio del sujeto y el medio. No son procesos lineales sino, más bien, complejos y contradictorios. En ellos intervienen, en los sujetos adultos, fantasías, deseos, ideologías y necesidades en los que están inscritas las experiencias previas, que constituyen el factor disposicional desde el cual se produce la incorporación (introyección) de las experiencias nuevas. De este encuentro entre lo interno (disposicional) y lo aún externo (la experiencia nueva que va a ser inscrita) resultará la nueva introyección y la consiguiente reconfiguración de la subjetividad e intersubjetividad. Insistimos: la interiorización de la experiencia no es un proceso lineal o mecánico, ya que se realiza desde contradicciones internas del sujeto que se juegan en los terrenos de las necesidades, ideologías y fantasías inconscientes.

Además, el sujeto no sólo incorpora significaciones de lo real, sino que atribuye (e impone) significaciones al mundo. Este proceso se conceptualiza en términos de proyección, identificación proyectiva, externalización, adjudicación de rol y depositación.

En psicología en general —y en psicología social en particular— se ha avanzado en el estudio de categorías que refieren no sólo a la estructura intrasubjetiva, sino también a la relación del sujeto con el medio. Categorías como interacción y vínculo, entre otras, subrayan la eficacia del orden intersubjetivo y marcan caminos posibles de nuevas investigaciones.⁵

Es importante considerar, además, lo que el orden social hace con el cuerpo del sujeto en su dimensión material, al habilitarlo a ciertas experiencias y lugares e inhabilitarlos a otros. El ser biológico del hombre, condicionado por la circulación social que permite o inhibe una determinada sociedad, opera como realidad externa que, a través de los mecanismos simbólicos específicos ya descriptos —interiorización y

⁵ Entre las categorías psicológicas que focalizan la relación del sujeto y el mundo, y siguiendo a Pichon-Riviere, tenemos, entre otras: *afiliación y pertenencia*, *cooperación*, *pertinencia*, *comunicación*, *aprendizaje*, *rol*; *hábitos patosocial*, *sociodinámico*, *institucional* y *occurrentario*.

exteriorización, adjudicación y asunción—, interviene en la conformación de la subjetividad, entendida en este caso como conjunto de representaciones psíquicas que orientan la conducta total del sujeto.

La acción.

En psicología estudiamos la conducta en el marco de la relación sujeto-mundo, de la cual esta conducta (material y simbólica) es emergente en cada aquí-ahora-con otros. Desde nuestra perspectiva teórica, la conducta abarca los procesos de pensamiento, sentimiento y acción.

Es particularmente importante considerar no sólo lo que el sujeto piensa o siente sino lo que hace, además de lo que otros hacen, sienten o piensan con lo que él hace.

La perspectiva pichoniana valoriza la acción del sujeto y no sólo sus representaciones y afectos. El tema de la acción junto con el de la determinación social fue casi desconocido por la mayoría de las corrientes psicológicas que, por un lado, absolutizaron los aspectos cognitivos o representacionales inconscientes, como es el caso del cognitivismo y el psicoanálisis respectivamente y, por el otro, focalizaron esta acción e interacción exterior escindiéndola de lo representacional, como es el caso del conductismo y la mayoría de las corrientes sistémicas.

Lo que el sujeto hace —y lo que no hace— tiene efectos fundamentales en el nivel de las representaciones, los afectos y la interacción. En el trabajo clínico nos preguntamos: ¿Qué actividad principal organiza el tiempo del sujeto? ¿Cuál es el objeto de su trabajo? ¿Qué posibilidades materiales ofrece la organización de su vida cotidiana para desarrollar las acciones que permitan satisfacer cada una de sus necesidades? ¿Por cuáles lugares transita frecuentemente y por cuáles rara vez lo hace? ¿Cuáles son las características de las personas con las que comparte mucho, poco o casi nada de su tiempo?

Si bien la acción es por lo general desestimada y casi ignorada en la significación psicológica, otras veces es sobrevalorada desde posiciones mecanicistas y conductistas que pueden expresarse como adaptacionismo o "activismo". La acción sobre el mundo no tiene de por sí el carácter de una adaptación activa, no apunta necesariamente a una mayor salud. Es preciso evaluar, en cada situación concreta, la calidad de esa acción reviste y determinar su carácter creativo y situado o, por lo contrario, estereotipado. Por ello al evaluar una determinada actividad desarrollada por un sujeto focalizamos en qué hace, cómo lo

hace, con quién y qué representación tiene de ello.⁸ Es muy importante esclarecer estos aspectos ya que la sobreadaptación, la conductas compulsivas, los vínculos adictivos con el mundo externo y otras formas de acción fragmentadas, con la apariencia de ser acciones de un sujeto activo "volcado sobre el mundo", significan contrariamente grandes importantes de adaptación pasiva y alienación.

La problematización del concepto de acción orientada a indagar su cualidad se corresponde con la perspectiva de Pichon-Rivière al definir los conceptos de "tarea" y "pre-tarea", para esclarecer que no todo pensamiento, sentimiento y acción son de por sí tarea, esto es, aprendizaje, integración creciente, adaptación activa, creatividad.

Obstáculos epistemoprácticos.

Puede postularse que, además de obstáculos epistemológicos y epistemofílicos vinculados con el pensar y el sentir, respectivamente, existen obstáculos vinculados con la acción que podrían denominarse obstáculos epistemoprácticos (Fernando Fabris), tal vez en la línea de pensamiento de Pichon-Rivière cuando se refiere a las "resistencias ideológicas a la praxis". Las dificultades no tienen origen siempre en el sistema de representaciones o de los afectos; hay dificultades o distorsiones en el nivel de la acción e interacción de los sujetos que constituyen, a veces, el obstáculo principal. Por esa dificultad en el nivel de la acción se deteriora la interrelación dialéctica del sujeto con el mundo, se empobrece la interconexión entre lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo quedando bloqueados los procesos elaborativos. La restricción del contacto con sectores del mundo es, también, restricción del sí mismo. Muchas veces esa restricción de contacto con el afuera y el adentro produce un desconocimiento funcional a los intereses egoístas del sujeto. Por medio de inhibir una acción (e interacción) se evitan emociones dolorosas y/o sufrimientos o, por lo contrario, potencialidades y situaciones placenteras que cuestionan vínculos y esquemas viejos y conocidos.

¿Por qué hablar de necesidad, y no de deseo o pulsión?

Pichon-Rivière conceptualiza, en términos de instinto (o pulsión) y deseo, su práctica clínica desde 1940 hasta 1954, primero desde un enfoque freudiano y luego desde un enfoque kleiniano. A partir de 1955

⁸ Véase Galinanes, María Dolores; Hernández, María. "Desarrollos clínicos desde la psicología social pichoniana", en este libro.

y 1956 ya no volverá a utilizar esos conceptos, o lo hará con la intención de cuestionarlos. Esta crítica y abandono son simultáneos a la inclusión de los conceptos de "proceso en espiral dialéctica", "vínculo" y "necesidad".

Es así que en su esquema conceptual, que tiene importantes influencias del psicoanálisis pero que se edifica sobre premisas diferenciadas, los conceptos de "instinto" y "deseo" son reemplazados por otros: el de "vínculo", en un primer momento, y el de "necesidad" luego. Las razones de este reemplazo apuntan diferencias de fondo: a) la concepción de desarrollo psíquico implicado en esos conceptos y b) el papel determinante —y no sólo condicionante o desencadenante— que le adjudica a la interacción con otro, que no es sólo el otro simbólico sino el otro concreto.

Para Freud, la motivación primaria del sujeto y su movimiento psíquico es el retorno a lo previo. En el caso del deseo, es la tendencia a volver a las primeras huellas del primer objeto de satisfacción, y en el caso de las pulsiones, la tendencia de retorno a lo inorgánico.

Para Pichon-Rivière, la motivación primaria del sujeto y su conducta es hacia la creatividad, el aprendizaje, la adaptación activa, el proyecto, el objeto. Para Freud, esto no es así y es el mundo externo (principio de realidad) el que impide que se concrete la tendencia regresiva inherente a lo psíquico (principio del placer).

Para Pichon-Rivière no se nace con tendencias (o pulsiones instintivas) al odio y el amor, sino que se trata de impulsos y emociones emergentes de la relación del sujeto con los otros según el destino predominantemente gratificante o frustrante de sus necesidades en el vínculo. Según Pichon-Rivière, respecto de estos temas Freud es un pensador esencialista, idealista.

Sin embargo, desde el punto de vista pichoniano, tanto Freud como Klein y Lacan son pensadores que, si bien se inscriben en última instancia en el idealismo filosófico, abordan en un alto grado la complejidad de lo subjetivo. Por ello, lo que se dijo anteriormente requiere algunas aclaraciones.

Freud también señaló que la pulsión (que tiene su fuente en una excitación corporal) se liga a objetos en el curso del desarrollo, y esa ligazón le imprime caminos vinculados con las experiencias con el mundo (objeto contingente). Lo mismo sucede con Klein, quien les otorga valor a las vicisitudes del sujeto con relación a los objetos (internos). El idealismo se objetiva en la tendencia a pensar que, en última instancia, los contenidos psíquicos principales están determinados con anterioridad a la experiencia y, por lo tanto, son a-históricos, universales e inmodificables.

Como decimos en otro lugar, pueden ser consideradas como necesidades principales las de¹⁰:

- sobrevivencia, seguridad básica (que plantea Marx en *La ideología alemana*),
- emocionales, afectivas, que incluyen las eróticas,
- de realización personal y social.

Por lo que vemos, las necesidades son tanto objetivas (materiales) como subjetivas. La psicoterapia pichoniana apunta al reconocimiento de necesidades desconocidas o negadas y a la transformación de su estructura, y en esto va más allá de la mera supresión sintomática.

Clinica pichoniana y promoción de salud en el ámbito comunitario desde la psicología social

La idea fundamental es que no hay barreras infranqueables entre lo que hace un psicólogo pichoniano cuando trabaja en promoción de salud en un ámbito institucional o comunitario (tarea que tiene efectos terapéuticos conocidos) y cuando lo hace en el terreno terapéutico o clínico (que, aunque centrado en la curación, incluye siempre la perspectiva de la promoción de salud). Asistencia de la enfermedad y promoción de salud son dos procesos que, aunque tienen especificidad, son inseparables.

La práctica clínica pichoniana (centrada en la curación) y la práctica comunitaria pichoniana (centrada en la promoción de salud) comparten un mismo universo conceptual (el ECRO). Clínica y práctica grupal-comunitaria comparten, además, una técnica: la operativa. Se diferencian por centrarse en objetivos en parte diversos: la asistencia o curación en lo clínico y la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y promoción social en la práctica comunitaria. A la vez, la focalización en esos objetivos torna relevantes distintos sectores del mismo universo conceptual e implica algunas variaciones técnicas y de encuadramiento.

¹⁰ Ver "Clínica pichoniana actual", en este mismo texto.

¹¹ Para Pichon-Rivière, el encuadre o la técnica operativa es "el conjunto de constantes metodológicas que permiten la comprensión de un proceso". El proceso grupal, pág. 211.

Problemas prácticos del psicólogo social en la comunidad

Al psicólogo social pueden presentársele, en el trabajo comunitario, problemáticas que excedan los alcances de su rol y requieran la colaboración de otras especialidades. Las más frecuentes están referidas a las siguientes cuestiones teórico-técnicas: la detección, contención y derivación de situaciones personales o procesos psicopatológicos, que pueden llegar hasta la "urgencia psicológica" y/o "psiquiátrica".

Muchas de estas situaciones exceden la posibilidad de ser abordadas por un psicólogo social, y hacen necesaria la derivación o interconsulta dentro del equipo interdisciplinario o la utilización de los recursos humanos existentes en esa comunidad. Para adquirir la capacidad de "detectar" procesos patológicos y operar sobre algunos de ellos es necesario tener conocimientos básicos sobre psicopatología y clínica de la "urgencia".

Con un equipo de psicólogos sociales y psicólogos que trabajen en ámbito comunitario uno de nosotros diseñó y llevó adelante, durante dos años, el siguiente programa de formación titulado Psicología Social Clínica y Asistencia en Salud Mental. Los ítems del programa inicial, construido sobre la base de un relevamiento de las necesidades de este equipo de salud comunitario, fueron: a) Proceso de salud-enfermedad, b) Teoría de la salud, c) Teoría de la enfermedad, d) Psicopatología, e) Teoría y técnica de la intervención en el campo de la asistencia, f) Diseño de dispositivos en el ámbito comunitario, g) Devaluación e informe, h) Entrevista.

Durante el primer año vimos teoría y técnica de la intervención en el campo de la asistencia. Los conceptos principalmente abordados fueron "encuadre", "didáctica (o estrategia) de emergentes", "operación psicológica", "transferencia y vínculo", "apertura, desarrollo y cierre", "rol del coordinador", "persona-rol-campo de trabajo" e "identificación proyectiva".

Hemos examinado la teoría general de la salud y la enfermedad desde el inicio, así como la ubicación de los equipos respecto de la institución, los emergentes sociales y el objeto específico de trabajo. Hemos abordado, también, conceptos de psicopatología, sobre todo en lo referido a la dimensión más regresiva de la conducta y su relación con los aspectos progresivos. En el segundo año, nos centramos en la teoría del sujeto y, luego, en la teoría psicopatológica, aunque elementos psicopatológicos y teoría de la salud y la enfermedad lo vimos, como introducción, en el primer año.

Por último, y como ya dijimos al comienzo, el objetivo de este artículo es proponer algunas respuestas posibles a cierta cantidad de interrogantes sobre la dimensión clínica del pensamiento de Pichon-Rivière. Muchas inquietudes referidas a este campo suelen no encontrarse en respuestas precisas; incluso no encuentran ni siquiera el lugar donde formularse con precisión. El foro de clínica pichoniana realizado en Mendoza en 2003 permitió darle un lugar a las preguntas y con ello comenzar a esclarecer los múltiples supuestos, cuestión fundamental para seguir desarrollando la clínica pichoniana desde su especificidad y pertinencia. No se nos ocurre proponer un cierre que no sea una invitación a seguir trabajando sobre estos temas, siempre a partir de una práctica clínica, que confrontada por medio del trabajo grupal permita avanzar en tan difícil y apasionante desafío.

ÉTICA EN PSICOLOGÍA SOCIAL El otro y su tarea¹

FERNANDO A. FABRIS

Cuando en 1998 tuvimos que organizar los contenidos de la materia Ética y Deontología² en la carrera de "Técnico superior en análisis e intervención en los campos grupal, institucional y comunitario. Especialidad en Psicología Social", nos encontramos en una situación que era, a la vez, una dificultad y una ventaja. Lo primero, en tanto lo ético no aparece nombrado en el lenguaje utilizado por Pichon-Rivière y otros autores de esta corriente—como por ejemplo, Ana R. de Quiroga—, sino más bien referido en términos de actitudes y/o ideología. Una ventaja en tanto el pensamiento de Pichon-Rivière—así como la carrera que vehiculiza su transmisión— está organizado, desde el inicio hasta el final, sobre la base de un posicionamiento ético-ideológico preciso y explícito.

La psicología social en la Argentina, organizada como campo teórico alrededor del esfuerzo de comprensión de la enfermedad mental, significó también una lucha contra la segregación social de los enfermos mentales. Es decir que, desde el comienzo, lo cognoscitivo (científico) estuvo unido a lo ético.

La acción terapéutica no sólo apuntaba al esclarecimiento de los conflictos inconscientes de la persona enferma, sino también al desfragmentamiento de la estructura y dinámica grupal y social que operando negativamente a través un grupo imposibilitado de hacerse cargo de sus propias ansiedades, las depositaba en el paciente, que se constituía, entonces, como portavoz. La tarea terapéutica apuntaba, entonces,

¹ En base a clases dadas entre 1998 y 2004 en la Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière.
² Ética (del griego "ethika", de "ethos", comportamiento, costumbre) es la teoría o ciencia del comportamiento moral (del latín "mores", también "costumbre") de los hombres en la sociedad. Deontología (ética profesional) es el estudio de los deberes que rigen una práctica profesional.

ces, a redistribuir las ansiedades para que cada integrante del grupo asumiera las propias, cooperando de esta manera en la cura del portavoz por medio del esclarecimiento de todos.

Sea utilizada en aprendizaje o en la terapia, la teoría y técnica de los grupos operativos creada por Pichon-Rivière cuestiona en los hechos la práctica vincular-social autoritaria por medio de la cual se sacrifica a un sujeto (chivo expiatorio) para que el conjunto estereotipado y alienado sobreviva. La implicación ética de la técnica operativa es evidente.

En aquellos años fundacionales a los que nos estamos refiriendo (1945-1946) Pichon-Rivière entrenó a pacientes por medio de técnicas grupales para que, en una situación de emergencia social, pudieran ocupar transitoriamente el rol de enfermeros. De este modo quedó abierto un camino de transformación del herido en curador, del "incapaz" en protagonista, del individuo sometido y sumergido en transformador. En estas prácticas grupales, clínicas, institucionales, que teorizará casi diez años después, están presentes muchos elementos pertenecientes a una ética de la psicología social que tiene por centro la cooperación, la transformación de las condiciones sociales y vinculares, y la promoción del protagonismo de los sujetos en su propia cura y aprendizaje, entre otros elementos fundantes.

Aquellas prácticas realizadas a mediados de los años cuarenta fueron sistematizadas en los años cincuenta a través de la formulación de un ECRO (esquema conceptual referencial operativo). Este esquema estaba sustentado en el pensamiento dialéctico, y se plasmaba por entonces en las categorías de espiral en continuo movimiento, y vínculo, entre otras. En aquel contexto la búsqueda de articulación coherente entre ideología,³ ética, teoría, técnica y práctica fue permanente en Pichon-Rivière, ajeno al eclecticismo.

La redefinición radical de la teoría y la técnica terapéutica de mediados de la década de 1950 fue realizada por motivos clínicos, esto es, de eficacia terapéutica, pero se sustentaba en motivos y fundamentos ideológicos y éticos coincidentes con los científicos.

Este origen determina un trayecto que se dirige de la salud mental y el aprendizaje al problema de los valores, propio de la ética y la ideología. Sumergirnos en esta dimensión específica resulta problemático, ya que como psicólogos sociales evitamos calificar las conductas humanas desde un punto de vista moral o ético y las describimos tal cual

³ Concepción de hombre, de mundo y de historia vinculada con los intereses de unas y otras clases y sectores sociales que en cada época histórica expresan los factores de cambio y resistencia a éste.

son, tratando de inferir sus significados latentes. Pero cuando nos introducimos en el terreno ético, tenemos que formular juicios: bueno, malo, ético, contrario a la ética. En este campo es pertinente, a diferencia de lo que sucede en el terreno estrictamente cognoscitivo, utilizar un lenguaje valorativo y prescriptivo.

Según José Ferrater Mora, la ética se refiere a lo bueno y lo malo, a lo que se debe hacer y lo que no, y es justamente este lenguaje valorativo y prescriptivo el que le da especificidad. Sin embargo, lenguajes valorativo y lenguaje cognoscitivo no son universales completamente ajenos y establecen complejas interrelaciones.

Insertos en una práctica profesional, se nos plantea —en forma explícita o implícita— la necesidad de reflexionar sobre su significación ética. El problema ético, y su relación con la práctica desde el oficio del psicólogo social, significa el desarrollo de cierta actitud (psicológica) que se hace concreta en el establecimiento de un vínculo (operativo) con otros y su/s tarea/s. Accionar, intervenir, operar, es decidir, elegir en la multiplicidad un punto, posición o perspectiva que, por más situacional y relativo que pueda plantearse, supone una determinación, una diferencia, una mediación, una marca.

Sin embargo, hay un problema que precede la intervención desde un rol profesional y es el de la significación que los hombres y sus necesidades tienen en cada orden social.

En la Antigua Grecia, en la que dominaba el modo de producción esclavista, las significaciones dadas a los hombres según su condición (esclavo o esclavista, es decir amo) eran máximas. El esclavo, que podía ser comprado o vendido, tenía un valor jurídico similar al de un objeto y podía ser destruido (muerto) sin que ninguna ley lo sancionase. El propio Aristóteles, condensando la visión de las clases dominantes griegas, lo conceptualizaba como "un instrumento parlante". Las constantes rebeliones de esclavos (la más conocida de ellas fue la liderada por Espartaco, setenta años antes de nuestra era) probablemente no hayan estado sostenidas en esta valoración instrumental. Entre ellos, como en toda clase oprimida, existían ideas propias de la clase dominante, pero la necesidad de liberación debe de haber implicado la construcción de otro tipo de ética. El primer cristianismo contenía en sus prácticas, y en muchas de las ideas iniciales, un factor de rebelión importantísimo respecto del orden esclavista imperante.

⁴ Lo estético refiere a la relación de lo bello y lo feo; lo científico, a la relación entre lo verdadero y lo falso; lo ético a la relación de lo bueno y lo malo, lo que debe y lo que no debe hacerse.

El régimen feudal, basado en un cristianismo cada vez más diferenciado del primitivo, organizó un nuevo sistema social en cuyos extremos se encontraban, por un lado, los siervos y, por otro, los señores feudales. Los campesinos, que tenían una pequeña parcela de tierra en propiedad, constituyeron un sector intermedio. Este sector social impulsó y protagonizó enormes rebeliones durante todo este tiempo histórico. El cristianismo, con interpretaciones disímiles que ponían el foco en la idea de la igualdad ante Dios o en la obediencia al Señor a través de grados feudales, fue la ideología alrededor de la cual se establecieron estas disputas. En el seno de este sistema (feudal) fue desarrollándose otro nuevo (capitalismo), que se impuso luego de un proceso de varios siglos de duración.

En el capitalismo, para el dueño de los medios de producción el otro aparece como alguien de quien extraer el valor producido por su fuerza de trabajo (plusvalía). El otro es necesario, desde el interés objetivo, sólo como objeto de explotación. El significado general será el de objeto a dominar, el de sujeto al cual extraerle su fuerza de trabajo, su capacidad de crear valor. Esta significación tiene la subjetividad en ese vínculo de manera muy distinta para cada uno de los participantes: obrero-capitalista, explotador-explotado, dominador-dominado.

A lo largo del siglo XX se desarrollaron distintas experiencias socialistas que intentaron —y lograron, en alguna medida y en determinados períodos— desarticular las relaciones de dominación características de las relaciones de producción y los vínculos, en general, dentro de los sistemas de explotación (esclavismo, feudalismo, capitalismo). Incluso en el marco del capitalismo, dentro de los sectores populares se expresa una pluralidad de posicionamientos éticos que apuntan, de distintas maneras, a establecer relaciones más humanas, menos escindidas y alienantes.

En una plaza de la Ciudad de Buenos Aires hay una inscripción en los juegos destinados a niños discapacitados que dice: "Somos todos diferentes, somos todos iguales". La idea es positiva, pero presenta ciertas limitaciones propias de una ética individualista respecto de la significación del otro. Paulo Freire, desde un pensamiento similar al de Pichon-Rivière, señala que el otro es alguien junto a quien me libero. Desde una perspectiva verdaderamente popular —y por lo tanto comunitaria— el otro es alguien, no sólo igual y diferente, con el cual me identifico, sino otro necesario y necesitado en la tarea de liberarse/liberarnos.

Siguiendo los desarrollos de Pichon-Rivière, situáramos esta ética en el vector "cooperación" con relación a una "tarea". El reconocimiento

to de lo que me diferencia y lo que me iguala, la tolerancia a la diferencia (y a la similitud), el respeto y la identificación con el otro, constituyen un momento fundamental. Pero hay un movimiento superador que consiste en considerar que, con ese otro, tengo o puedo hacer algo, una tarea, que en términos particulares es aprender, trabajar, transformar, y en términos generales, como dice Freire, liberarse.

El situarse trágico y su superación

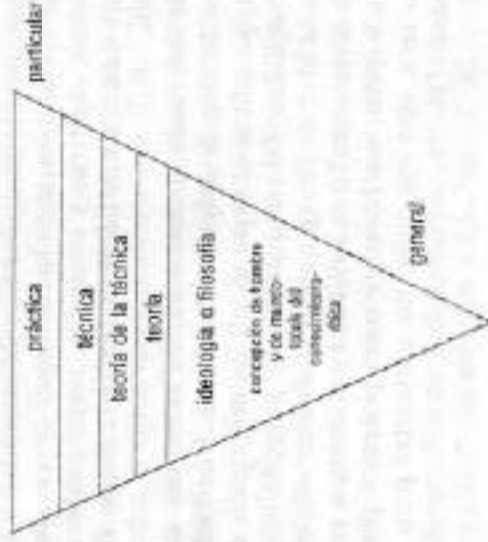
Un pensador importante en el campo de la ética es Jean Paul Sartre, quien luego de más de una década de silenciamiento por parte del pensamiento posmoderno vuelve a ser tenido en cuenta. Es interesante considerar dos momentos en la filosofía de este autor. En el primero, situado en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, subrayó la importancia de asumir la finitud del hombre, su carácter concreto e ineludiblemente situado. Fue un darse cuenta trágico, acompañado de la vivencia de estar solos en el mundo y de la inevitabilidad de la enfermedad y la muerte más allá de las creencias ilusorias que intentaron durante milenios operar como consuelo. Se asumía en forma trágica la existencia humana, ya no protegida por la presencia dominante de los sistemas religiosos que habían asegurado durante siglos formas de trascendencia en el más allá.

Junto a esta nueva conciencia en cierto sentido trágica, tomaron un lugar central los conceptos de "situación" y "compromiso". A la conciencia trágica de aceptarse finito, limitado, sujeto del tiempo histórico y, por lo tanto, excluido de cualquier tipo de eternidad o absoluto abstracto, se incorporó la conciencia de la necesidad de transformar las condiciones históricas, objetivas y concretas, responsables de gran parte del sufrimiento humano que hacía necesaria la ficción ilusoria para poder ser tolerado.

Algo de ese reconocimiento trágico sufrió una modificación al ser incluido en la idea de proyecto. En términos de Pichon-Rivière: "Para sobrevivir, planificar la esperanza". La aceptación de la situación, de la responsabilidad, del compromiso, del proyecto (en Sartre) se corresponde con la idea de Freire que ve al otro no sólo como objeto de respeto y reconocimiento en su similitud y diferencia, sino, más aún, como otro junto a quien me libero, o como podemos plantear a partir de Pichon-Rivière, otro con quien me encuentro para una tarea (vector cooperación).

¿Cómo definir lo bueno, lo malo, lo beneficioso y lo perjudicial sin apelar a abstracciones generales y vacías ni a la noción de utilidad? ¿Cómo pensar una ética desde una visión más enriquecida que implique, sin caer en la ilusión de universalidad, algún tipo de trascendencia concreta respecto de la utilidad inmediata? ¿Cómo construir una ética concreta que articule lo inmediato con lo mediato, que tenga en cuenta el cruce de la dimensión histórica en la que estamos situados los sujetos, con el aquí y ahora entre nosotros? Una ética que pueda pensar a los hombres y las mujeres en la historia, pero también en la situación, incluso en el instante de la situación, en el momento, en el aquí-ahora-con otro. Acorde con la psicología social, centrada en la práctica real. ¿Cómo establecer una ética concreta?

La ciencia (la teoría psicológica) siempre se construye a partir de una práctica, así como, en el encuentro fecundo u obturante con conocimientos previos, tanto científicos como filosóficos e ideológicos, en lo que refiere a las leyes más generales de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento. La psicología social (ECRO pichoniano) es una teoría científica que tiene un fundamento filosófico o, dicho en términos más generales, ideológico. Un fundamento cognoscitivo general —que, como vimos, también se compone de valores (ética y axiología)— y epistemológico (teoría del conocimiento). Esta teoría se vehiculiza a través de una técnica, aspecto que estará más directamente ligado a la práctica. Establecemos articulaciones entre diversas dimensiones de lo real que implican mayor o menor grado de generalidad.



En cualquier práctica que realicemos como psicólogos sociales, nos encontraremos con todas estas dimensiones diferenciadas dentro del todo que constituye nuestro campo de trabajo. Cada dimensión establece, además, una acción recíproca con las otras. Es importante poder visualizar ese todo, a la vez que, diferenciar en cualquier práctica que establezcamos, las diferentes dimensiones intervinientes, ya que, problemas específicos requieren métodos de resolución también específicos. Al analizar una situación concreta, es necesario diferenciar la dimensión que está siendo focalizada así como reconocer que cualquier situación puede ser analizada desde todas ellas.

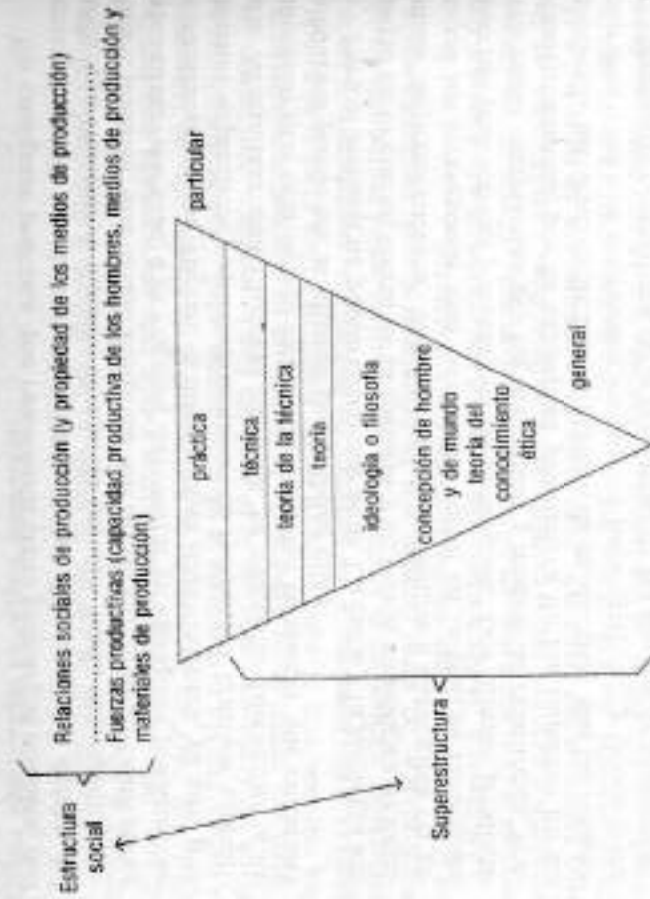
Pero el análisis no puede detenerse aquí. La ética y la ideología son parte de lo que en teoría de la historia y en teoría sociológica se denomina "superestructura". A los procesos simbólicos e ideológicos en general les corresponde una estructura social en la cual se distinguen fuerzas productivas y relaciones de producción. Las fuerzas productivas están compuestas por los materiales y medios de producción, fundamentalmente por la capacidad productiva de los hombres en un momento histórico dado. Las relaciones de producción son las relaciones concretas que establecen los sujetos para producir, y tienen como determinante el problema de la propiedad de los medios de producción, la cual implica cierto poder y posibilidad de decisión.

Motivados por la necesidad de producir y reproducir nuestra vida material, establecemos actividades y relaciones sociales de producción. Estas constituyen la base sobre la que se asienta una determinada ideología, una superestructura que está definida, en última instancia, por los intereses sociales de cada una de las clases y sectores. Ninguna cuestión ética podrá ser analizada por fuera o al margen del análisis de las formas concretas, objetivas, de organización de la producción, de las formas de propiedad de los medios de producción y del interés de cada grupo y clase en una sociedad dada.

El problema de los valores, de importancia fundamental en la práctica científica, se asienta y encuentra su significación más profunda, como descubrió Marx, en la economía política, es decir en la vida social y material de los hombres concretos. Lo que acabamos de decir puede ser graficado como aparece en la página siguiente.

Direccionalidad del trabajo del psicólogo social: su ética

En tanto trabajador de la salud, el psicólogo social tiene por objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y algunas



situaciones que comprometen la asistencia. Todas las acciones que apunten en la dirección de estos objetivos generales serán éticas, mientras que aquellas que lo contradigan serán consideradas acciones antiéticas. Esto quiere decir que los trabajadores de la salud no podemos trabajar, bajo ninguna circunstancia, para empeorar o dañar la salud de los otros.

En psicología social decimos que el sujeto es productor, protagonista; decimos también que es sujeto de la praxis, del aprendizaje, de la interrelación con el mundo, y que es sano en la medida en que aprende la realidad desde una perspectiva integradora y tiende a transformarla transformándose a sí mismo. Que es sano cuando mantiene un interjuego dialéctico con el mundo. Enumeramos definiciones que implican un nivel teórico, epistemológico, ideológico, una concepción de hombre y de mundo. La intervención psicológica que refuerce estos aspectos, inherentes a la condición humana, está en correspondencia con el fundamento ético del pensamiento que la sustenta.

Hay un problema técnico y metodológico particularmente vinculado con la ética. En el encuentro inicial y la primera formulación de una demanda por un sector cualquiera de la comunidad, es frecuente que aparezcan pedidos o definiciones reñidas con la ética. El psicólogo so-

cial, en este momento de inicio en el cual operan ansiedades muy fuertes, lejos de hacer una declaración condenatoria apunta a abrir un espacio de exploración de esa demanda para identificar y problematizar las necesidades puestas en juego. Desde esta actitud promueve el esclarecimiento de los términos reales y la elaboración de las posiciones antiéticas. Esclarecido esto es importante señalar que no se puede trabajar con un grupo, institución o comunidad con el cual no se tenga una aceptación franca de sus objetivos. Esto lo planteó ya José Bleger en *Psicobiogene y psicología institucional*. Si el objetivo de una institución o grupo es antagónico con la propia ética, lo adecuado es no comprometerse en una tarea con él.

El psicólogo social nunca es un líder de las situaciones en las que se incluye, ya que considera que el protagonista de los cambios es el propio grupo o comunidad con la cual trabaja y coopera. El rol de líder le está vedado técnica y éticamente, por lo que tiene que estar entrenado en la capacidad de descentramiento.

La invasión, conquista, división y manipulación se oponen a la ética (Paulo Freire). La actitud contraria, está del lado del diálogo y del conocimiento de la forma en que el grupo social, organizacional o institucional percibe sus problemas e intenta resolverlos. Esto implica situarse como un copensor que tiene cosas para proponer, pero nada para imponer.

El psicólogo social trabaja en el terreno de los miedos. Es una de las tantas definiciones sobre su rol, el cual, además de estar focalizado en el desarrollo de una tarea y la interacción vincular, particulariza su mirada e intervención en las ansiedades básicas emergentes de ese contexto. Trabaja en un equilibrio (dialéctico e inestable) que apunta a elaborar y superar tanto las conductas de control (manipulación) como la evitación de la responsabilidad inherente a su rol.

El rol del psicólogo social, cuando se desarrolla en un campo vincular, implica asumir una asimetría, y si ésta no es asumida, la tarea del grupo se verá dificultada o incluso bloqueada. La mayor parte de las veces, la tarea de un grupo la resuelve el propio grupo, pero hay momentos, que no son muchos aunque sí importantes, en los que no se puede desarrollar esa tarea si se prescinde del rol asimétrico. Son aspectos del proceso grupal de los cuales sus integrantes, en determinado momento, no pueden hacerse cargo por sí solos.

Esto tiene que ver con la adjudicación de rol al coordinador del gru-

! Un error técnico, que puede consistir en actuar inconscientemente un rol inadecuado, no constituye, necesariamente, un posicionamiento antiético

po—quien, se supone, es un especialista en procesos interaccionales— y con aspectos transferenciales de tal adjudicación. Entonces, en ese momento, en ciertos puntos de urgencia, no abandona su rol, su papel, sino que asume instrumentalmente aquello que le es depositado, lo decodifica e interviene, sobre todo allí donde la situación planteada sólo puede ser resuelta desde su rol.

Y por otro lado, debe renunciar a controlar, abierta o solapadamente, la conducta de los otros y sus tareas. Esta cuestión tiene mucho que ver con elaborar, criticar y superar el sentimiento de propiedad del otro y el grupo, que nunca es "mi" grupo. Lo que el grupo produce es de su propiedad, y nunca del coordinador, y si esto no es entendido así inevitablemente se intentará controlar lo que suceda en el grupo, lo cual, si bien puede ser un error técnico, puede también comprometer un problema de actitud psicológica y aun ética. Por eso, hacer efectiva esta exigencia requiere tener elaborada en un grado aceptable la situación depresiva básica en general y, en particular —de entrada y progresivamente—, el duelo por lo producido por el grupo.

El coordinador tiene expectativas y deseos (pertinentes) sobre la tarea del grupo y establece un compromiso con su desarrollo, pero el producto de esa tarea es propiedad del grupo y sus integrantes. La exigencia ética, muy vinculada con una concepción del mundo y una posición política, en el sentido amplio, es no apropiarse de la productividad de otro. Puede cumplirse efectivamente desde actitudes adecuadas y desde la propia capacidad de elaboración de duelos, relacionada con cierta fortaleza yoica y la existencia de vínculos y espacios sociales continentales. Hay un renunciamiento a la apropiación por parte del operador que tiene, además, un efecto técnico: la elaboración de ese duelo como operador en un campo y el establecimiento del mínimo control posible se corresponden, por lo general, con un aumento de la productividad grupal, vinculada, a la vez, con el despliegue del protagonismo de los integrantes del grupo.

Cuando es necesario, el psicólogo social explicita los valores que inevitablemente están puestos en juego. Cuando desde la Escuela de Psicología Social se realizó un trabajo grupal con los familiares de soldados muertos en la guerra de Malvinas, la discusión ideológica y ética tuvo un papel central en dos sentidos. En principio sobre la legitimidad, como institución y miembros de ésta, de realizar ese trabajo. Y en segundo lugar era necesario, al coordinar los grupos —integrados por los familiares de soldados caídos—, posicionarse desde un lugar ideológico, que podía no expresarse necesariamente en palabras, pero que estaba estructurando y sosteniendo la posibilidad de esa operación, psi-

cológica en un marco que conmovía en forma similar a los coordinados y los coordinadores en tanto se trataba de un tema que nos comprometía como comunidad. En el caso de las personas que viajaban a Malvinas a ver las tumbas de sus hijos o padres o hermanos, era importante tener la disposición de acompañar y sostener el inmenso dolor contenido. Era necesario ofrecer un lugar de apoyo desde una distancia muy distinta de la que es pertinente cuando se coordina un grupo operativo de aprendizaje de psicología social; predominio de actitud de presencia en el primer caso, predominio de un interjuego flexible de posiciones de presencia y ausencia en el segundo.

En el trabajo habitual del psicólogo social, la mayor parte de las veces lo mejor es saber esperar, y apuntar a que el propio grupo no sólo elabore su tarea, sino también la ética implicada en ella. Esto incluso cuando desde la coordinación se piensa y siente que algunas cosas que se dicen o actúan son injustas, denigrantes o perversas, y uno puede verse impulsado a "pegar un grito" y expresar un juicio de valor desde una posición autocrática. Es decir, no interferir el proceso cuando no es aún necesario, pero hacerlo cuando lo sea, ya que la ausencia de intervención (o una actitud pasiva o *laissez faire*) condiciona negativamente el desarrollo de la tarea grupal.

Tres exigencias éticas del rol son: a) establecimiento de espacios de supervisión de las tareas, b) formación permanente, y c) reflexión sobre sí mismo con relación al rol y el campo de trabajo.

La infraestructura emocional de la actitud ética: el otro y su tarea

La noción de otro, la forma de significar a los demás (y por lo tanto a sí mismo) tan vinculada con la problemática ética, depende, como venimos diciendo, de ideas y representaciones sociales. Al mismo tiempo el concepto de otro está codeterminado por una infraestructura emocional personal.

Para sostener una condición ética no alcanza con el nivel cognoscitivo e ideológico. Aceptar que el otro es otro diferenciado, que es otro diferente e igual a mí, el reconocimiento de la alteridad radical que constituye el saberse situado, la necesidad (y no contingencia) del otro junto a quien me libero a través de una tarea, implica capacidad de elaboración de las ansiedades básicas y de enfrentamiento de las situaciones de apertura y cierre que toda situación de cambio implica. Un alto monto de ansiedades (miedo a la pérdida y al ataque) genera

algunas condiciones para la salud mental, que Pichon-Rivière vincula con el reconocimiento del otro como otro diferenciado y con un grado elevado de aceptación del carácter contradictorio de sí y del otro (elaboración de la ambivalencia). La capacidad de elaboración de estas ansiedades tiene mucho que ver con poder establecer un vínculo de respeto con el otro, cuya condición necesaria es la posibilidad de significarlo como propio y no como simple apéndice. Es necesario un descentramiento de propia necesidad.

Winnicott habló de la capacidad para la inquietud como base de la condición ética, por lo que no es casual que en la última década no sólo la salud estuviese seriamente afectada sino la ética misma. En este sentido decimos que no alcanza con un esquema conceptual y es necesario el trabajo de otros aspectos subjetivos, emocionales, que facilitan o obstaculizan el respeto y reconocimiento del otro.

Alternativas ideológicas: adaptacionismo, mesianismo, discriminación de roles (simbiosis), vínculo operativo

La psicología social se debate en, por lo menos, cuatro alternativas técnico-éticas, tres negativas y una positiva. La primera negativa es operar como un apaciguador de conflictos, al servicio de la adaptación crítica a las condiciones dadas. Rechazamos esta posición, a la que calificamos de adaptacionista.

Otra posición negativa se produce cuando se confunden niveles de situación social y se opera como si el psicólogo social fuera un líder evolucionario o un impulsor de las acciones colectivas, posición que implica una grave confusión sobre quiénes son los protagonistas del cambio. El psicólogo social es factor de cambio, pero no agente de cambio, como se dijo en una época. Agente significa causa. El psicólogo social puede proponerse como causa del cambio; puede promover el cambio, facilitarlo, sostenerlo, acompañarlo, pero no provocarlo.

El rol del psicólogo social es diferente del de un militante social o político. Una comunidad puede esperar de un militante social que asuma un liderazgo democrático y es pertinente que lo haga. Sin embargo, lo que es pertinente y ético en este terreno puede no serlo en la práctica del psicólogo social⁶. Sólo circunstancialmente el psicólogo so-

cial es líder de algún aspecto de la tarea y, por lo general, la tarea parcial que se lidera está relacionada con sostener y facilitar las condiciones en las cuales se despliegue el liderazgo del grupo, la comunidad y sus integrantes.

El psicólogo social opera desde una presencia y un liderazgo acotados que apuntan a operar como fondo permitiendo el despliegue del proceso del otro. En esto se parece a la actitud del psicólogo en el terreno clínico, que también requiere del descentramiento de la propia necesidad, una de las características de la actitud psicológica. Asume lo adjudicado pero lo devuelve, oportunamente, decodificado. La confusión de roles que terminamos de describir no sólo se da en la práctica comunitaria, sino también en la psicoterapéutica.

Una tercera alternativa negativa es la indiferenciación de roles, la cual crea una situación de simbiosis con el otro que elude la realización de la tarea. El ejemplo más típico es el del operador en un campo social que, para defenderse de ansiedades muy elevadas, se deja absorber por ese campo. Anulando la distancia con los otros intenta superar la ansiedad pero queda inmerso en ese campo, con lo que pierde el rol. Por estar identificado masivamente con la situación dada no puede establecer un vínculo operativo y forma, con el grupo con el que debiera operar, una situación donde la pertenencia puede llegar a ser muy fuerte, tanto como débil la tarea.

El psicólogo social es alguien que abre, sostiene y coopera en el desarrollo de espacios en los cuales puedan esclarecerse los conflictos, decodificarse las necesidades, construir y planificar estrategias de acción individuales y colectivas. En este caso actúa como un copensor, un promotor de salud, alguien al servicio de los otros, a los que no reemplaza en su protagonismo. La tarea de abrir y sostener espacios es ajena a una supuesta asepsia o neutralidad valorativa. El psicólogo social es un promotor de conciencia crítica, de adaptación activa.

Para establecer una práctica científicamente válida y éticamente adecuada, es necesario tener cierto grado de esclarecimiento de la propia ideología, la cual, por lo general, no es absolutamente coherente y tiene zonas de indefinición y aspectos contradictorios. Pichon-Rivière se refirió a la exigencia ética de trabajar para hacer más plena la existencia humana, en un sentido más general y trascendente. En un sentido particular se refirió a la necesidad de lograr una mayor salud

⁶ En tareas que coordiné en el contexto del hospital psiquiátrico, observé reiteradas veces que la contradicción omnipotencia / impotencia invade permanentemente el campo de trabajo y crea el riesgo de conductas no éticas. De modo similar ocurre en el tra-

mental en una comunidad concreta. La psicología social no sólo lucha contra la enfermedad, sino contra los factores sociales que la generan y refuerzan. Dice Ana Quiroga en "Ideología y Psicología Social" que el rol del psicólogo social requiere de la superación de fantasías narcisísticas y mesiánicas de hazaña personal y tener en claro que el protagonista de la salud mental es un sujeto colectivo, el pueblo.

ANEXOS

Bibliografía

- Fabris, Fernando. "De curados y heridos. Reflexiones sobre la práctica en los talleres artísticos" en Gilabert, Abelardo. *El manicomio y una institución para los locos?* Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1992.
- Ferrater Mora, J. *Diccionario de Filosofía*, Ed. Sudamericana, 1958.
- Freire, Paulo y P. de Quiroga, Ana. *Interrogantes y propuestas en educación, ideales, mitos y utopía a fines del siglo XX*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1995.
- Freire, Paulo. *Hacia una pedagogía de la pregunta. Conversaciones con Antonio Faundez*. Buenos Aires, 1986.
- Freire, Paulo. *Pedagogía de la esperanza*. Siglo XXI, México, 1993.
- Freire, Paulo. *Pedagogía del oprimido*. Editorial Tierra Nueva, Montevideo, 1969.
- Fromm, Erick. "Ética absoluta vs. Ética relativa; Ética universal vs. Ética socialmente immanente", en Fromm, Erick. *Ética y psicoanálisis*. Fondo de cultura Económica, México, 1953.
- Mead, G. H. *Espiritu, Persona y Sociedad*. Parte III. Ed. Paidós, 1972.
- Nassaf, Rosa. "El conocimiento. Abordaje desde el materialismo dialéctico. bases filosóficas para una psicología científica." Módulos publicado por ATEPS.
- Pichon-Rivière, Enrique. *El proceso grupal*. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- P. de Quiroga, Ana. "Actitud Psicológica", Ficha Ediciones Cinco.
- P. de Quiroga, Ana. "Ideología y Psicología Social", en Quiroga, Ana P de. *Enfoques y perspectivas en Psicología Social. Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.
- Sartre, J.-P. *El existencialismo es un humanismo*.

¿CÓMO PENSAR EL DIAGNÓSTICO DESDE LA PERSPECTIVA PICHONIANA?

Protocolo de investigación sobre estructuras clínicas

ELABORADO POR EL ICP¹

Con el equipo de Investigación en Clínica Pichoniana (ICP) trabajamos durante dos años apuntando a identificar los ejes conceptuales de la teoría de Pichon-Rivière en lo que hace a su dimensión clínica. Una vez cumplido este primer objetivo nos propuimos otro: pensar y re-pensar las estructuras psicopatológicas teniendo en cuenta aquellos ejes que habíamos previamente identificado. Intentábamos responder a un interrogante crucial: ¿Cómo pensar el diagnóstico clínico desde la perspectiva pichoniana?

Construído el protocolo que transcribimos a continuación, el cual nos sirvió de plan o guía para la investigación, comenzamos a estudiar una heterogénea bibliografía teórica focalizada en alguna estructura clínica específica, como por ejemplo depresión. Al mismo tiempo realizábamos una revisión compartida de nuestra práctica clínica con personas que tienen como diagnóstico dominante esa misma estructura. En base a la reelaboración de esas informaciones comenzábamos a elaborar respuestas que organizábamos a través de los siguientes ítems propuestos en el protocolo.

1) Estructura clínica

2) Núcleo patogénico central (NPC) y Situación depresiva básica (SDB) (escena intolerable central de la que el sujeto busca desprenderse)

¹ Integrado por entonaces (2002) por los autores de este libro, los Licenciados y Psicólogos Sociales Gabriela Lachowicz y Sílvia Puccini y el Licenciado Ricardo Silva.

- 13) Tipo de estructura vincular-familiar que la genera y refuerza
- 14) Factores sociales más generales que pueden generarla o favorecerla
- 15) Epidemiología Social
- 16) Etnopsicopatología
- 17) Factores neurobiológicos asociados. Psicofarmacología.
- 18) Fenomenología
- 19) Visión de conjunto (Dialéctica vs. estereotipia intrasistémica e intersistémica)
- 21) Vicisitudes del vínculo terapéutico y la transferencia (intervenciones y rol del terapeuta)
- 22) Evolución y pronóstico (devenires habituales - movilidad de las estructuras en cada aquí-ahora y en el tiempo).
- 23) Estructuras psicopatológicas frecuentemente asociadas. Comorbilidad
- 24) Formas clínicas dentro del mismo diagnóstico
- 25) Complicaciones
- 26) Comentarios

- 4) Tipo y nivel de la ansiedad ó angustia
 - a) inexistente
 - b) reducida
 - c) moderada
 - d) elevada
 - e) intolerable
- ¿Paranoide? ¿Depresiva? ¿Confusional?
- ¿Neurótica? ¿Psicótica? ¿De fragmentación?
- Forma de existencia o aparición: flotante, accasional, etc.
- 4) Técnicas del yo utilizadas
 - Predominantes
 - No predominantes
 - ¿Ante cuáles situaciones?
 - Primitivas y/o de "alto nivel"
- 5) Áreas de representación y expresión implicadas
- 6) Relación del self con el otro (y lo otro) y situación triangular
- 7) Relación del self (núcleo del yo) con el conflicto. (Capacidad de asunción o actuación del conflicto)
- 8) Tarea evolutiva obstaculizada
 - Actual
 - Histórica (detención de los procesos de comunicación y aprendizaje)
 - Necesidades en juego
- 9) Estilo de comunicación
- 10) Estilo cognitivo (aprendizaje)
- 11) Percepción, vivencia y visión del mundo
- 12) Forma de relación en los grupos y con la realidad externa (Movilidad o estereotipia de roles)

PROTOCOLO PARA CONSTRUIR UN PERSONAJE

Recurso didáctico

FERNANDO A. FARRIS

El siguiente protocolo fue construido para ser utilizado como recurso didáctico en la enseñanza de la Teoría de la Conducta. Se pide a los alumnos que construyan un personaje imaginario, tomando como guía los ítems propuestos. Luego que terminan esta tarea —que puede realizarse en subgrupos o con toda la clase— el docente organiza los datos en el pizarrón. La clase se despliega de manera tal que se parte de las características correspondientes al personaje construido y se va llegando a su comprensión en un recorrido que va de los hechos a la teoría y del pensamiento cotidiano al científico. Los términos teóricos específicos son ofrecidos por el docente sólo luego que los alumnos activaron su propio pensamiento respecto de los hechos y procesos considerados. De esta manera el conocimiento previo puede ser realimentado y enriquecido por el aporte del docente.

Aclaración: sobre la derecha de la página, en letra pequeña, indicamos los principios de configuración de la conducta normal o patológica y las nociones teóricas en base a los cuales se organiza cada ítem del protocolo. En la guía que se entrega a los alumnos no se incluye esta última información.

- Nombre
- Edad y fecha de nacimiento
- Lugar de nacimiento
- Lugar donde vive
- Ocupación
- Lugar de trabajo
- Grupo familiar actual
- Grupo familiar de origen

Policiabilidad y Continuidad Genética y funcional

1. Situación actual problemática
2. Pérdidas significativas sufridas en la infancia, adolescencia, juventud y adultez

3. Logros y capacidades obtenidos en la infancia, adolescencia, juventud y adultez
4. Escena interna conflictiva (histórica) que le es difícil/casi imposible elaborar
5. Hechos contextuales vinculados a esa escena interna problemática

Pluralidad fenoménica

Signos y síntomas en las áreas de representación y expresión de la conducta

Área 1:

- Pensamientos, imágenes y sentimientos actuales y anteriores
- Percepción de su propio mundo interno

Área 2:

- Síntomas físicos
- Sensaciones corporales habitualmente registradas
- Sensaciones corporales habitualmente no registradas
- Percepción y representación del propio cuerpo
- Actitud hacia esas sensaciones, percepciones y representaciones

Área 3:

- Tipo de conductas predominantes con respecto a los otros y el contexto (personas, grupos, instituciones, comunidad)
- Percepción y representación de los otros (personas, grupos, instituciones, comunidad)
- Percepción global del mundo

Movilidad de las estructuras

- Cual es el tipo de conducta y vínculo predominante que establece
- Cual es el tipo de conducta y vínculo que en ocasiones establece
- Cual es el tipo de conducta y vínculo que raras veces establece

Rol, vínculo y portavoz

- Qué tipo de roles tiende a ocupar
- Qué tipo de roles le cuesta ocupar
- Qué tipo de roles rechaza ocupar
- Qué roles le son/eran adjudicados por su grupo familiar de origen

- Qué roles le son adjudicados por su grupo familiar actual
- Qué roles le son adjudicados por sus otros grupos de pertenencia (laboral, amigos, sociales, etc.).
- Qué tensiones se hayan presentes en el grupo referido en la problemática principal actual del sujeto
- Quién ó quienes y de qué forma se hacen cargo de esas tensiones en ese grupo
- Qué tensiones le son adjudicadas al sujeto
- Qué tensiones son asumidos por el sujeto

Nota: es habitual que el personaje construido por los alumnos, no sólo permita al docente transmitir los conceptos que debe transmitir, sino también posibilite que docente y alumnos en un trabajo compartido logren identificar pautas de conducta socialmente significativas, esto es, formas de subjetividad dominantes en el momento socio-histórico en el que la situación de enseñanza tiene lugar.

Facultad de Psicología Universidad Nacional de Rosario
Secretaría de Asuntos Académicos

**DESARROLLOS CLÍNICOS
BASADOS EN EL PENSAMIENTO
DEL DOCTOR ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE:
PATOLOGÍAS ACTUALES**

**CARATULA DEL
SEMINARIO ELECTIVO DE PREGRADO
Año Académico 2004**

Cuatrimestral.

Datos del docente responsable del seminario: Psicóloga Galinaes María Dolores.

Colaboradora: Psicóloga Marta Hernández.

FUNDAMENTACION DE LA PROPUESTA

Dentro del encuadre del Seminario, ofrecemos a los alumnos elementos fundamentales de un desarrollo teórico práctico, desde una concepción del sujeto y criterio de salud, basados científica y metodológicamente en el materialismo dialéctico e histórico, con el objetivo de abordar las problemáticas de salud mental, en particular la psicopatología.

La Psicología Social Pichoniana y la concepción del sujeto que la sustenta, teniendo como basamento la práctica clínica en este caso, se posiciona comprendiendo el lugar fundante de las relaciones sociales en la constitución de la subjetividad. Por tanto, pretendemos contribuir a la indagación y dar respuestas desde la clínica al incremento de la demanda en hospitales y consultorios de patologías producto de la fragmentación social y subjetiva, que tiene como marco la crisis social vigente, caracterizada por la escasez en contraposición a la superproducción de mercancías, la vivencia de exclusión y la nueva forma de organización del trabajo.

El padecimiento material y psíquico produce una sobreexigencia adaptativa desgarradora de la identidad del sujeto, emergiendo la sobreadaptación como patología silenciosa y relevante en la época.

**OBJETIVOS DEL SEMINARIO PROPUESTO.
OBJETIVOS GENERALES:**

Desarrollar desde los conceptos de la Psicología Social Pichoniana, la arti-

culación dialéctica, entre la crisis social actual y las distintas formas que reviste su expresión patológica en la subjetividad.

Establecer desde una perspectiva integradora, convergencias y divergencias, con otras teorías psicológicas.

Lograr una producción que constituya un aporte teórico y técnico eficaz para la futura práctica profesional de los alumnos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los alumnos accedan a los últimos desarrollos teóricos y técnicos de la Psicología Social Clínica Pichoniana.

Lograr la comprensión sobre los efectos que el orden social y su crisis, inscriben en la subjetividad.

Lograr el conocimiento sobre la implementación teórico técnica en el abordaje de diversas patologías a través de casos clínicos.

Lograr el protagonismo en una experiencia colectiva de aprendizaje, articulando lo vivencial con lo conceptual.

PROGRAMA ANALÍTICO DE CONTENIDOS Y BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA.

UNIDAD TEMÁTICA:

Psicología Social Pichoniana. Fundamentos

CONTENIDOS:

Psicología Social. Sus fundamentos. Distintos afluentes teóricos. Concepción del sujeto.

Procesos de constitución del mundo interno.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE LA UNIDAD TEMÁTICA

E. Pichon-Rivière. *El Proceso Grupal*. Del psicoanálisis a la Psicología Social, 1971.

Ana P. de Quiroga. *Enfoque y Perspectivas en la Psicología Social*, 1986.

Ana P. de Quiroga. *Proceso de constitución del mundo interno*, 1989.

E. Pichon-Rivière. *Revista Los Libros* N° 34, 1974.

UNIDAD TEMÁTICA: Psicología Clínica Pichoniana

CONTENIDOS:

Criterios de Salud y Enfermedad. Adaptación Activa y Pasiva. Conciencia crítica.

Proceso creador.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE LA UNIDAD TEMÁTICA

E. Pichon-Rivière. *El Proceso Grupal*. Del psicoanálisis a la Psicología Social. Nueva Visión, 1971.

E. Pichon Rivière. *El Proceso Creador*. Del psicoanálisis a la Psicología Social. Nueva Visión, 1971.

Vicente Zito Lema. *Conversaciones con E. Pichon-Rivière sobre el arte y la lectura*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.

UNIDAD TEMÁTICA: Teoría de la Enfermedad Única

CONTENIDOS:

Teoría de la Enfermedad Única

Concepto de Conducta

Principios que rigen la configuración de la conducta

Técnicas instrumentales

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE LA UNIDAD TEMÁTICA

E. Pichon-Rivière. *El Proceso Grupal*. Del psicoanálisis a la Psicología Social. Nueva Visión, 1971.

Ana P. de Quiroga. *Apuntes para una Teoría de la conducta desde el pensamiento de Enrique Pichon-Rivière*. Ediciones Cinco, 1997.

Fernando Fabris. *Clínica pichoniana actual: premisas, conceptos y perspectivas*. *Revista Temas de Psicología Social*, 2001.

UNIDAD TEMÁTICA: Psicopatología

CONTENIDOS:

Psicopatología

Patologías actuales: Trastornos de Ansiedad, Ataque de Pánico, Depresión. Fobias.

Retrabaja de casos clínicos

Proceso corrector. Rol del terapeuta.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE LA UNIDAD TEMÁTICA

Pichon-Rivière, Enrique. *El Proceso Grupal*. Del psicoanálisis a la Psicología Social. Nueva Visión, 1971.

Zito Lema, Vicente. *Conversaciones con Enrique Pichon Rivière sobre el arte y la lectura*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.

Pichon-Rivière, Enrique. *Teoría del Vínculo*. Nueva Visión, Bs. Aires, 1985.

Fenichel, Otto. *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*.

Pichot, Pierre, y otros. *DSM IV Criterios diagnósticos*. Pabris, Fernando. Más allá de la fragmentación y el vacío de los 90. *El 2002 entre la depresión, el colapso y las nuevas salud*. *Revista Temas de Psicología Social*, N° 21

Gelíanes, María Dolores; Hernández, Marta. *Abordaje clínico del trastorno de pánico desde la psicología social pichoniana*. *Revista Temas de Psicología Social*, N° 21

METODOLOGIA Y PLANIFICACION DE LA ENSEÑANZA METODOLOGIA DE LA ENSEÑANZA:

La metodología a aplicar es la didáctica de emergentes. Consiste en un disparador temático a cargo del docente y un retrabajo posterior en grupos operativos, coordinados por el equipo. Los emergentes resultantes serán incorporados a las temáticas siguientes para desarrollar, en un proceso espiralado, la integración conceptual.

Las clases teóricas son de 1.30 hs. de duración.

El retrabajo de la temática se desarrolla en grupos operativos de aprendizaje, coordinados por el equipo docente, de 30 minutos de duración.

Planificación de la enseñanza Contenidos temáticos por clase.

Psicología Social. Sus fundamentos. Distintos afluentes teóricos.

Concepción del Sujeto.

Proceso de constitución del mundo interno.

Criterios de Salud y enfermedad.

Adaptación activa y pasiva. Conciencia Crítica.

Proceso creador. Salud y creatividad.

Teoría de la enfermedad única.

Concepto de Conducta.

Principios que rigen la configuración de la conducta.

Técnicas instrumentales y mecanismos de defensa.

Psicopatología: Patologías actuales.

Cuadros clínicos.

Proceso terapéutico.

Rol del terapeuta.

Síntesis temática. Retrabaja de emergentes teóricos y vinculares del proceso de aprendizaje.

REGULARIZACION Y EVALUACION. CONDICIONES DE REGULARIZACION:

75% de asistencia a clase, grupo operativo y evaluación.

METODOLOGIA DE EVALUACION

Para aprobar el Seminario, los alumnos que hayan cumplido con las pautas de regularización deberán elaborar un trabajo conceptual. El mismo deberá ser expuesto y fundamentado en la instancia de reelaboración.

La evaluación comprenderá el proceso grupal e individual, considerando la integración teórico práctica de los contenidos conceptuales, actitudinales y actitudinales.

La evaluación además cumplirá con los requisitos de la Didáctica de emergentes, a los fines de mejorar la calidad del seminario y ajustar el trabajo del equipo docente a las necesidades del alumnado.

Galiñanes, María Dolores; Hernández Marta. Desarrollos clínicos desde la Psicología Social Pichoniana. Revista *Temas de Psicología Social*, N° 22.

Equipo de Investigación en Clínica Pichoniana. "La Depresión: su diagnóstico desde la clínica pichoniana". Trabajo de investigación presentado en las II Jornadas Mendocinas de Homenaje al Dr. E. Pichon-Rivière.

Galiñanes, María Dolores; Hernández Marta. "Desarrollos clínicos desde la Psicología Social Pichoniana: Patologías actuales". Trabajo presentado en Las II Jornadas Mendocinas de Homenaje al Dr. E. Pichon-Rivière.

BIBLIOGRAFIA GENERAL SOBRE LA TEMATICA DEL SEMINARIO

E. Pichon-Rivière. *El Proceso Grupal*. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.

E. Pichon-Rivière. *El Proceso Creador*. Nueva Visión, 1977.

E. Pichon-Rivière. *Teoría del Vínculo*. Nueva Visión, 1985.

Ana P. de Quiroga. *Enfoques y Perspectivas en la Psicología Social*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.

Ana P. de Quiroga. *Proceso de Constitución del mundo interno*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1994.

Ana P. de Quiroga. *Apuntes para una Teoría de la conducta desde el pensamiento del Dr. Enrique Pichon-Rivière*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1980.

Vicente Zito Lema. *Conversaciones con E. Pichon Rivière sobre el arte y la locura*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.

E. Pichon-Rivière. Revista *Los Libros* N° 34.

Fabris, Fernando. Clínica pichoniana actual: premisas, conceptos y perspectivas. Revista *Temas de Psicología Social*, 2001.

Fabris, Fernando. Más allá de la fragmentación y el vacío de los 90. El 2002 entre la depresión, el colapso y las nuevas saludas. Revista *Temas de Psicología Social* N° 21.

Fenichel, Otto. *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*.

Pichot, Pierre, y otros. *DSM IV. Criterios diagnósticos*.

Galiñanes, María Dolores; Hernández, Marta. Abordaje clínico del trastorno de pánico desde la psicología social pichoniana. Revista *Temas de Psicología Social* N° 21.

Galiñanes, María Dolores; Hernández, Marta. *Desarrollos clínicos desde la Psicología Social Pichoniana*.

Equipo de Investigación en Clínica Pichoniana. "La Depresión: su diagnóstico desde la clínica pichoniana". Trabajo de investigación presentado en las II Jornadas Mendocinas de Homenaje al Dr. E. Pichon-Rivière.

Galiñanes, María Dolores; Hernández, Marta. "Desarrollos clínicos desde la Psicología Social Pichoniana: Patologías actuales". Trabajo presentado en Las II Jornadas Mendocinas de Homenaje al Dr. E. Pichon-Rivière.

RESUMEN:

El Seminario abordará desde el ángulo de la psicología clínica, la psicopatología y específicamente las patologías predominantes en la actualidad, producto de la situación de crisis social que transitamos, caracterizada como emergencia social.

Estas patologías son el producto de la fragmentación de las relaciones sociales particulares de la década del 90.

En los últimos años el entramado social ha comenzado a reconstruirse gracias a las luchas, que consideramos prácticas de salud y prevención de la enfermedad ya que gestaron verdaderas organizaciones sociales.

A pesar de ello el deterioro de la salud mental de la población es muy significativo.

El análisis y abordaje que realizamos es desde la concepción científica del Dr. Enrique Pichon-Rivière, creador de la Psicología Social, en nuestro país; con basamento epistemológico en el materialismo histórico y dialéctico. Su otra gran fuente es el psicoanálisis del cual toma conceptos y los redefine; planteando así otra concepción del sujeto y del psiquismo humano.

Es nuestro objetivo mostrar al alumno desde la teoría y a través de casos clínicos la articulación dialéctica entre la historia del sujeto que enferma, la familia y la sociedad.

Mostramos de manera particular el rol del terapeuta y la técnica utilizada.

Conceptualmente desarrollamos los siguientes contenidos nodales:

Fundamentos de la Psicología Social.

Concepción del sujeto.

Procesos de constitución del Psiquismo.

Criterios de salud y enfermedad: Adaptación activa y pasiva a la realidad.

Conciencia Crítica.

Proceso creador.

Teoría de la Enfermedad Única.

Técnicas instrumentales o mecanismos de defensa.

Concepto de conducta y Principios que rigen su configuración.

Psicopatología.

Metodológicamente los conceptos se muestran en casos clínicos.

El retrabajo de las clases se efectúa en grupos operativos coordinados por el equipo docente.

Primera Escuela Privada de Psicología Social
fundada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière

"TEORÍA DE LA CONDUCTA" 1

Programa

Profesor titular: Fernando A. Fabris

Objetivos generales

- Profundizar conocimientos sobre el sujeto y su conducta en una situación y contexto vincular-social determinado, teniendo en cuenta la relación entre lo normal y lo patológico.
- Comprender la coexistencia, interpenetración y transformación de lo racional y lo irracional, el pensar y el sentir, lo práctico y lo teórico, lo consciente y lo inconsciente, el *self* (sí mismo) y lo otro (alteridad), lo progresivo y lo regresivo, lo sano y lo enfermo, lo interno y lo externo, lo subjetivo y lo objetivo.
- Comprender el papel determinante de las condiciones concretas de existencia en la configuración de la conducta.
- Visualizar la importancia y eficacia causal de las operaciones simbólicas que tienen por escenario el grupo interno.
- Aproximarse a visualizar los procesos histórico sociales que operan como contexto de descubrimiento, formulación y desarrollo de la teoría de la conducta.
- Aproximarse a la comprensión de las similitudes y diferencias con otras teorías psicológicas.

Unidad I

1. Fundamentos de una teoría de la conducta.
2. Orígenes de la teoría de la conducta y la teoría de la enfermedad única: Del Psicoanálisis a la Psicología Social.
3. La relación sujeto, conducta, contexto vincular-social: la concepción del sujeto de Enrique Pichon-Rivière.
4. Lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo.
5. El concepto de interacción: lo grupal, organizacional, institucional y comunitario.

¹ Perteneciente al Segundo año de la Carrera de Técnico superior en análisis e intervención en los campos grupal, institucional y comunitario. Especialidad en Psicología Social

6. El concepto de mundo interno o grupo interno en Pichon-Rivière. El esquema del self y las áreas de representación. La fantasía inconsciente según Pichon-Rivière.
7. Dialéctica entre procesos conscientes e inconscientes. Lo inconsciente como causalidad de lo psíquico. Eficacia causal de los procesos inconscientes. El concepto de simbolismo.

Unidad II

8. La teoría de la pulsión y de los instintos en Sigmund Freud y Melanie Klein. El concepto de relación de objeto. El concepto psicoanalítico de deseo.
9. Daniel Lagache: su concepto de conducta.
10. Otras teorías de la conducta: similitudes y diferencias. El conductismo (Watson, Skinner), interaccionismo simbólico (G. H. Mead), etc.
11. Necesidad e instinto. Polémica con las teorías instintivistas y el concepto de relación de objeto y deseo.

Unidad III

12. Necesidades, experiencia social y subjetividad.
13. Análisis genético, evolutivo y estructural de la conducta. Conducta como unidad de lo múltiple. Interrelación de los distintos aspectos de la conducta.
14. Conducta y principios de constitución de la misma.
15. Concepto de núcleo patogenético central y situación depresiva básica.
16. Estructuras y procesos comunicacionales, modalidades vinculares, modelos de aprendizaje y su relación con la conducta "normal" y "patológica". Adaptación activa y adaptación pasiva. Rudimentos de psicopatología.
17. Los procesos de integración desde la perspectiva dialéctica de la conducta.
18. Los conceptos de tarea y pretarea en el sujeto. Su relación con la fragmentación, la disociación y la integración. Divalencia y ambivalencia. Posición esquizoparanoide (o instrumental) y Posición depresiva (ó existencial).
19. Función de las técnicas del yo. Relación entre técnicas del yo con la concepción del psiquismo como sistema abierto. Variedad y situacionalidad de las técnicas de yo. Su operatoria con respecto a la dramática interna y externa. Formas de decodificación de las mismas.
20. Teoría de la conducta, vínculo, reparación y creatividad.

Metodología de la Materia

Trabajamos con técnica de taller con recursos múltiples en grupo amplio apuntando a lograr un aprendizaje en el cual teoría y práctica se integren en síntesis sucesivas. Para ello los contenidos teóricos de la materia son

sistemáticamente referidos a situaciones concretas reales o imaginarias (aun- que verosímiles).

Aprender es en alguna medida conquistar lo heredado para producir lo nuevo, transformando la realidad a la vez que transformándose uno mismo. Para conquistar lo heredado, en nuestro caso el Esquema conceptual referencial operativo pichoniano, es necesario realizar un esfuerzo de comprensión de lo que otros produjeron o producen, lo que requiere cierto grado de descentramiento respecto de lo ya conocido. Este descentramiento no es absoluto ya que lo heredado se conquista a partir de lo conocido y necesariamente por caminos propios, desde las propias necesidades y con un estilo que siempre es personal. Si no realizamos el aprendizaje a través de un proceso en cierto sentido "único e irrepetible" es probable que sólo lleguemos a adquirir ideas "fáciles" (fáciles) y sin vida, sin llegar a pensar con cabeza propia. Para que este aprendizaje se produzca es necesario ofrecer alternativas y dispositivos múltiples ya que siempre son distintos y muy particulares los lugares y las formas por las cuales cada persona logra apropiarse de un contenido.

Desde nuestro punto de vista la posibilidad de aprendizaje y conocimiento supone el desarrollo de dos capacidades opuestas y complementarias:

- a) Capacidad de inmersión en lo concreto por medio de la experiencia
- b) Capacidad de "elevarse a lo concreto" (concreto de pensamiento) por medio de abstracciones justificadas (conceptos teóricos)

En el Taller aprendemos a través de la asimilación de la explicación que otro nos da y también por medio de la participación en una experiencia que, en parte, por sí sola aclara un significado. Nuestra propuesta de taller no excluye la clase teórica ni la consulta y estudio permanente de textos por medio de guías de lectura y discusión en subgrupos. Apuntamos también a desarrollar la capacidad de escritura, tanto en forma subgrupal como individual, en clase o fuera de ella. El docente explica fundamentalmente los conceptos más problemáticos, tanto en el marco de la clase como en la "visita" a los subgrupos de trabajo. Realiza devoluciones de los trabajos que presentan los alumnos en términos de resonancias y correcciones, en caso de ser necesarias.

En el taller se utilizan técnicas creativas así como didáctico-cognitivas. Estas últimas apuntan a desarrollar la capacidad de organizar, reorganizar e integrar el esquema conceptual a medida que se lo va aprendiendo (por medio de mapas y redes conceptuales, inventarios de conceptos, indagación de la relación concepto-situación referida, etc.).

Nuestra propuesta de taller implica una forma específica de tratamiento de las contradicciones que intervienen en el proceso de aprendizaje y conocimiento. Entre ellas ponemos especial atención a las que, sin pretender organizar lógicamente, enumeramos a continuación. Apuntando a eludir falsas antinomias y dicotomías proponemos la:

- a) Articulación del conocimiento racional (lógico-verbal) y el conocimiento sensorial y vivencial (sensación-percepción, representación, imagen).

- b) Articulación del conocer a través del reflexionar (explicar, estudiar, poner en claro, etc.) y a través del experimentar, vivenciar, practicar.
- c) Articulación del comprender lo que otro dice (ej. el autor de un texto) con la capacidad de inventar, resonar, derivar a partir de lo que dice.
- d) Articulación de lo activo (hacer, pensar, buscar) y lo receptivo (dejar que suceda, ser pensado, dejar que aparezca).
- e) Articulación de lo real (focalizar la atención en cómo las cosas son) con lo imaginario (focalizar cómo las cosas son percibidas, sentidas, imaginadas y pensadas en un momento dado).
- f) Articulación y alternancia del tiempo de contacto con la experiencia externa y con la experiencia subjetiva o interna.
- g) Articulación de lo desestructurado y lo estructurado, de lo crítico (lo que está en crisis) y lo organizado (lo que está relativamente estable).
- h) Articulación de las significaciones conscientes e inconscientes que emergen en el proceso de aprendizaje.
- i) Articulación de la actitud de no evaluar ni seleccionar ideas mientras estas emergen (valoración diferida) y la actitud opuesta aunque complementaria de tomar distancia y pensar críticamente sobre lo producido (evaluación crítica y auto-crítica).

Como decíamos, para desarrollar una actitud y aptitud de aprendizaje y conocimiento adecuada (dialéctica) es importante la búsqueda (y aceptación) de la articulación e integración de los pares contradictorios. Entendemos la palabra integración, en este texto, como capacidad de visualizar de qué forma los contrarios son parte de una unidad o totalidad concreta, dentro de la cual se oponen, alternan, coexisten y cooperan. Cada polo de cada contradicción tiene, además, una lógica propia que requiere una actitud específica. Por ejemplo, es distinta la actitud necesitada cuando hay que organizar conceptos en un mapa conceptual (polo racional) que cuando queremos hacer una lluvia de ideas o *brainstorming* (polo imaginario). Como es sabido la integración suele ser un punto de llegada, un momento de síntesis posterior a un proceso. El aprendizaje tiende a desarrollarse con la forma de una espiral, hacia una complejidad creciente, sufriendo avances y retrocesos y movimientos en zig-zag que producen un desequilibrio que alterna permanentemente con nuevos equilibrios. Las diferencias en el existente inicial, a medida que se despliega el aprendizaje, producen crisis, reorganizaciones y saltos cualitativos. El equilibrio es relativo y condicional y por lo contrario el desequilibrio y la inestabilidad son absolutos y permanentes. Por estos motivos es necesario permitirse transitar la alternancia de un polo a otro, tolerar los momentos de desequilibrio, los cambios de predominancias, las diferenciaciones bruscas que ocurren en el proceso de complejización, las eventuales situaciones caóticas, los desarrollos desiguales pronunciados. Todo esto significa, por ejemplo, poder en un momento conectarse con una vivencia muy íntima y personal, y descubrir allí mismo, sin perder contacto con la emoción convocada, la presencia de lo social amplio, las determinaciones no sólo individuales sino propias del orden socio-histórico de un determinado momento.

Programa analítico de contenidos, metodología y bibliografía

Llevamos adelante los objetivos de la materia a través de un programa de trabajo en gran medida predeterminado (que condensa experiencia previa) Sumamos a la referencia que ofrece este programa (y los objetivos pedagógicos que vehiculiza) el fundamental aporte de la Didáctica de emergentes, apostando fundamentalmente a Pichon-Rivière. De esta manera se resajusta permanentemente la estrategia didáctica en base a un trabajo de decodificación de las necesidades cognitivas y emocionales que emergen del proceso de aprendizaje en el aquí y ahora.

1) Presentación de la materia. Reencuentro con el ECRO :

CONTENIDOS:

Conceptos del ECRO referidos a la teoría de la conducta

METODOLOGÍA UTILIZADA

1. Explicación del docente del encuadre de la materia.
2. Conversación libre en subgrupos en base a la consigna "cómo estamos hoy".
3. Realización de un *brainstorming* (torbellino de ideas) y elección de palabras.
4. Escritura de un cuento, relato o historia a partir de las palabras elegidas (que incluya algún aspecto subjetivo, emocional de algunos/as de los protagonistas del relato). Descanso
5. Realización de un mapa conceptual (organizado en el pizarrón por el docente, a partir de los conceptos recordados de la materia y aportados por los alumnos).
6. Volver al cuento realizado y pensar cuál o cuáles de los conceptos del mapa conceptual aparece en el contexto del relato, como más significativo. Fundamental

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE LA UNIDAD TEMÁTICA

- Enrique Pichon-Rivière. "Prólogo" a *El Proceso Grupal*. Ed. Nueva Visión, 1977.
- Enrique Pichon-Rivière. "Una teoría de la enfermedad" en *El Proceso Grupal*. Ed. Nueva Visión, 1977.

* Cada unidad temática tiene una duración de entre 2 y 4 clases. Finalización una de las unidades temáticas los alumnos realizan un trabajo grupal que es leído y comentado y corregido por el docente.

Actividad complementaria

P. de Quiroga, Ana. *Apuntes para una teoría de la conducta*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1994.

- Síntesis a modo de introducción. (Págs. 5 a 12).
 - Concepto de conducta. Principios de causalidad. (Págs. 13 a 32).
- P. de Quiroga, Ana. "Subjetividad y proceso social" en *Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo*. Ediciones Cinco, Buenos Aires.

2) Raíces freudianas de la Teoría de la conducta.

CONTENIDOS:

Conflicto psíquico - Escisión del Yo - Inconsciente - Sexualidad - Complejo de Edipo - Superyó - Pulsiones ó instintos - Repetición - Elección de objeto - Aparato Psíquico - Mundo interior - Identificación - Represión y retorno de lo reprimido.

METODOLOGÍA UTILIZADA:

Lectura y discusión de los capítulos I, II, VII, VIII y IX del *Compendio de Psicoanálisis* de Sigmund Freud, en base a los siguientes ítems:

- a) Teoría de los instintos (ó pulsiones)
- b) ¿Cuales obstáculos se presentan en la comprensión de los procesos psíquicos?
- c) Características del Yo, del Ello y del Superyó.
- d) ¿Cuál instancia psíquica percibe el "peligro" o la "angustia señal"?
- e) ¿Qué es la escisión psíquica? ¿A cuáles tendencias responden los términos de esta escisión?
- f) ¿Cuales son los temores emergentes en el Complejo de Edipo?
- g) ¿Por qué se dice que el superyó es el heredero del Complejo de Edipo?
- h) ¿A qué se debe la severidad del superyó?
- i) ¿Cuál es la concepción freudiana mundo interior y estructura psíquica?

Luego de trabajados estos conceptos los alumnos analizan el film "Edipo Reprimido" de Woddy Allen (en *Historias de Nueva York*) en base a los conceptos freudianos.

BIBLIOGRAFIA

- Freud, Sigmund. *Compendio de Psicoanálisis*. 1988. Capítulos I, II, VIII y IX.
- Laplanche y Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor, Barcelona, 1987.
- Topf, José. Clases de psicoanálisis dadas en la Escuela de Psicología Social.

Actividad complementaria

En base a P. de Quiroga, Ana. *Apuntes para una Teoría de la Conducta* (páginas 49 a 64). Responder brevemente:

- 1) ¿Cuál eran las teorías psiquiátricas sobre el origen de la enfermedad mental en las décadas del 30 y del 40? (pág. 52)
- 2) ¿Cuál es el descubrimiento de Freud que aporta una nueva visión sobre el problema del origen de la enfermedad mental? (pág. 53)
- 3) Defina, en base al texto, los siguientes conceptos: a) Conflicto psíquico, b) Carácter simbólico del síntoma.

3A) Raíces kleinianas de la teoría de la conducta: la fantasía de contener un mundo interno

CONTENIDOS:

Fantasía inconsciente. Fantasía de contener un mundo interno. Lo racional y lo "irracional". Los aspectos regresivos de la conducta. El establecimiento de "relaciones personales" en el mundo interno. Operaciones con los objetos internos. Resistencias emocionales y cognitivas a la idea de mundo interno. El papel de las tendencias destructivas innatas en el tomar a la pérdida. Pérdida externa y adquisición interna, posesión, creatividad. La personalidad como una "ficción conveniente": uno es muchos otros.

METODOLOGÍA

Lectura del texto de Joan Riviere "La fantasía inconsciente de un mundo interno reflejada en ejemplos de la literatura" en base a la siguiente guía de lectura:

1. Es difícil comprender y aceptar la fantasía de contener un mundo interno. V/F. ¿Por qué?
2. ¿Quién fue el primero en reconocer su existencia?
3. ¿Cuáles miedos y resistencias son emergentes de la fantasía de contener un mundo interno?
4. ¿Qué relación tiene la 'emocionalidad de base' con el mundo interno?
5. ¿Cómo comprende Melanie Klein el narcisismo?
6. La idea de mundo interno no denota nada que sea una réplica del mundo externo. V/F. Fundamentar.
7. Todo lo que sucede en el mundo interno refiere a la propia persona. V/F. Fundamentar.
8. Los "objetos primitivos" desaparecen cuando el niño se transforma en adulto. V/F. Fundamentar.
9. ¿Qué papel juegan el deseo de poseer e incorporar en la creación de los poetas?

3 En Klein, Melanie. *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Págs. 335-357.

10. ¿Qué relación tiene este deseo con el temor a la pérdida?
 11. ¿Cuáles formas diversas asume ese temor básico?
 12. ¿Cuál es la causa más determinante de la intensidad de este temor?
 13. ¿Qué significa que los otros que son emocionalmente significativos vivan dentro nuestro?
 14. ¿De qué forma es simbolizado habitualmente el mundo interno según Melanie Klein? (ver nota al pie del texto de Joan Riviere).
 15. ¿Qué dinámicas crean las emociones de amor y odio que se juegan en la relación con los objetos internos?
 16. ¿Qué papel juega el temor a que sea nuestro propio odio el que produzca la pérdida del objeto?
 17. ¿Qué significa que el odio registrado en sí mismo se niega omnipotentemente, se lo disocia del propio yo y se lo adjudica a objetos internos que los provocan?
 18. La coexistencia dentro de cada sujeto de impulsos amorosos y despiadados (Eros y Thánatos) fundamenta la presencia interna de figuras vividas, a veces como maravillosas (idealizadas) y otras monstruosas (denigradas), amantes y protectoras tanto como terroríficas y perseguidoras. Reflexione sobre este párrafo.
- Luego de compartir las respuestas a las preguntas se utiliza la Siméctica, una técnica de creatividad, con el fin de explorar las dimensiones emocionales y sensoriales del concepto de mundo interno.⁴

BIBLIOGRAFÍA

Riviere, Joan. "La fantasía inconsciente de un mundo interno reflejada en ejemplos de la literatura". En Klein, Melanie. *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Págs. 335-357.

3B) Raíces kleinianas de la teoría de la conducta. El mundo interno como concepto de una teoría.

CONTENIDOS:

Fantasia consciente e inconsciente. Métodos de estudio. Fantasia y realidad. Zonas corporales y fantasía. Fantasías y palabras. Las fantasías tempranas. Fantasías, mecanismos e instintos. El pensar con fantasías y el pensar realista.

METODOLOGÍA

Lectura de "Naturaleza y Función de la Fantasía" de Susan Isaacs, en base a una guía de preguntas
Análisis del film "La historia sin fin" desde los conceptos kleinianos.

⁴ Para obtener información sobre esta técnica puede consultarse la página www.espiraldialectica.com.ar. También el libro de Gary A. Davis y J. A. Scott (comp.), *Estrategias para la Creatividad*. Ed. Paidós Educador, Buenos Aires, 1992.

Guía de preguntas

I. INTRODUCCIÓN

1. ¿Por qué cree la autora que es importante definir el término "fantasia"?
2. ¿De donde procede el conocimiento de las fantasías inconscientes?
Métodos de estudio.
3. ¿Cuáles son los métodos de observación?
4. ¿Qué rasgos presenta la continuidad genética?
5. ¿Cuál es el método del psicoanálisis?

II. NATURALEZA Y FUNCIÓN DE LA FANTASÍA

Usos habituales del término fantasía

6. ¿Qué es una fantasía consciente y qué es una fantasía inconsciente?
7. ¿Qué tiene de realidad la fantasía?

La fantasía como contenido primario de los procesos mentales inconscientes

8. ¿Qué significa que la fantasía es el contenido primario de los procesos mentales inconscientes?
9. ¿Qué papel juegan las zonas corporales en el contenido de la fantasía?
10. "Las fantasías tienden a la inmovilidad". Verdadero / Falso ¿Por qué?
11. Realice una lista exhaustiva de ejemplos de fantasías específicas
Alucinación e introyección primaria
12. ¿Qué papel tiene la alucinación inicial y qué función cumple la introyección primaria? ¿Cuál es el proceso contrario al de introyección?
Dificultades en el desarrollo temprano originadas en la fantasía
13. ¿Qué significa que el niño "comprende mal los hechos"?

Fantasías y palabras

14. ¿Que relación se establece entre las fantasías y las palabras?

Fantasías y experiencia sensorial

15. ¿Cuáles son los "materiales" con los cuales se conforman las fantasías en los distintos momentos del desarrollo?

Relación de las fantasías tempranas con el proceso primario

16. ¿Qué rasgos caracterizan a las fantasías tempranas?

Instinto, fantasía y mecanismo.

17. ¿Cuál es la relación que existe entre las fantasías, los mecanismos y los instintos?

18. ¿Qué papel juega la fantasía con relación al desenvolvimiento del sujeto tanto desde el punto de vista corporal como desde el punto de vista de su acción cotidiana?

19. ¿Como llega una persona a distinguir que lo "tomado dentro" no es un objeto concreto sino una imagen?

20. ¿Qué diferencia existe entre los conceptos de Imago e Imagen?

Fantasia, imágenes numéricas y realidad

21. ¿Qué relaciones encuentra entre el pensar con fantasías y el pensar realista?

22. ¿Qué se entiende por proceso de formación de símbolos?

BIBLIOGRAFÍA

Isaacs, Susan. "Naturaleza y Función de la Fantasía".

Actividad complementaria

En base al texto de Willy Baranger "El concepto de mundo interno en M. Klein" (Capítulo 2, de Baranger, Willy Posición y Objeto en la obra de Melanie Klein).

1. ¿Cuál es la raíz freudiana del concepto de mundo interno?
2. ¿Qué es lo que le da especificidad al mundo interno kleiniano?
3. ¿Qué es el "principio de la universalidad de la locura en los primeros años infantiles"?
4. ¿Qué significa que para los psicóticos "el mundo es todavía un vientre poblado de objetos peligrosos"?
5. ¿Cómo define Klein el mundo interno?

En base a Melanie Klein, "La personificación en el juego de los niños"

1. ¿Cuál es el tema que va a retomar y sobre qué "mecanismo importante" va a exponer? En base a Baranger (citado por Lía Ricón en "Los estados depresivos", página 858, Separata APA), definir el concepto de Posición

Otra actividad complementaria

Observación de dibujos libres realizados por personas psicóticas en los cuales pueden verse objetivados algunos contenidos y rasgos de la estructuración del mundo interno típicos de personas con esta patología.

- 4) El mundo interno como interiorización de un sistema de relaciones. Operaciones simbólicas que realiza el sujeto con el sistema internalizado.

CONTENIDOS:

Interiorización, proyección, división de la "familia". Interiorización de un sistema de relaciones y operaciones entre elementos y conjuntos de elementos. La relación del sujeto con ese sistema interno. La internalización recíproca de las internalizaciones de los otros es lo que da unidad a la familia. Modalidades simbólicas y analogías por las que se registra la "familia" (interna). La transposición de lo externo a lo interno: el pasaje de una modalidad de la experiencia a otras, de la percepción a la imaginación, la memoria, los sueños. El mundo interno como estructura grupal personificada. Los argumentos recurrentes. La insuficiencia de estudiar exclusivamente las "familias" interiorizadas y la necesidad de estudiar las familias externas en las cuales aquellas se originan.

METODOLOGÍA

Lectura del texto de Ronald Laing "La familia y la 'familia'" en *Cuestionamiento de la Familia*.

Construcción de imagen, invención de una historia y análisis posterior. Se pide a un grupo de alumnos de la clase (preferentemente uno o dos representantes de cada subgrupo de trabajo) que construyan una imagen, foto o escultura de una familia. (Exagerar los rasgos, poner nombre, apellido y rol familiar de cada uno de los integrantes)

Luego de presentar la imagen o escultura, cada grupo debe imaginar:

1. Una historia de esta familia (que le sucede a esa familia en ese momento, que sucedió antes y que pasará después)
2. Rasgos de cada personaje
3. Vínculos entre esos personajes.
4. Una comparación metafórica o analogía: "esta familia es como...".
5. Dibujar un escudo que represente a esta familia

Luego cada subgrupo tiene que:

6. Especificar una secuencia interaccional significativa entre tres o más integrantes y ubicar un "argumento recurrente" (interno) de uno de los participantes en la misma. Hacer otras hipótesis sobre posibles contenidos de su mundo interno.
7. Relacionar lo imaginado con fragmentos del texto de Ronald Laing "La familia y la 'familia'".

BIBLIOGRAFÍA

Laing, Ronald. La familia y la "familia", en *Cuestionamiento de la Familia*.

- 5) El aporte de George Herbert Mead

CONTENIDOS:

La adopción del rol del otro. La persona como interiorización de un proceso social. Anticipación de la actitud del otro. El otro generalizado. El yo y el mí como dos fases de la persona. La unidad y estructura de la persona completa refleja la unidad y estructura del proceso social como un todo.

METODOLOGÍA

Lectura del texto de G. H. Mead sobre la base de la siguiente guía de lectura.

1. La persona como interiorización de un proceso social
2. El sí mismo y la conciencia reflexiva (sobre sí)
3. La adopción del papel de los otros
4. El otro generalizado. El yo y el mí.

5. El individuo se experimenta a sí mismo como tal, no directamente, sino sólo indirectamente, desde los puntos de vista particulares de los otros miembros individuales del mismo grupo social, o desde el punto de vista generalizado del grupo social, en cuanto un todo, al cual pertenece.
6. La unidad y estructura de la persona completa refleja la unidad y estructura del proceso social como un todo;
7. La unidad del espíritu no es idéntica a la unidad de la persona. La unidad del espíritu es, en un sentido, una abstracción de la unidad más inclusiva de la persona.
8. El grupo pre-existe a las personas.
9. Anticipación de la actitud del otro
10. El yo y el mí: la persona es un proceso social que se lleva a cabo con esas dos fases distinguibles.

Luego de trabajado el texto se realiza una experiencia de dramatización que apunta a experimentar los procesos conceptualizados en términos de "adopción del rol del otro" y reflexionar sobre los efectos que estos procesos tienen en la intersubjetividad (grupo) y la intra-subjetividad (grupo interno).

Luego de inventada una situación grupal en la que se representa la discusión sobre un conflicto cualquiera (ejemplo: discusión en un consorcio) se pide a los participantes de la dramatización que, en momentos sucesivos:

- a) Mantengan su propio punto de vista de manera inflexible
- b) Mantengan su propio punto de vista pero simultáneamente comiencen a aumentar la percepción de los puntos de vista de los otros.
- c) Dejen que lo percibido de los otros comience a operar en la modificación del propio punto de vista.

Luego de cada momento (a,b,c) se pide a cada participante que realice un soliloquio acerca de lo que siente, piensa y percibe de la situación interaccional. Por último (d) se pide a los integrantes que imaginariamente abandonen la reunión y recuerden lo sucedido, sacando alguna conclusión.

El resto de la clase toma nota de lo observado para luego compartirlo con toda la clase.

BIBLIOGRAFIA

- Mead, George H. *Espíritu, persona y sociedad*. Desde el punto de vista del conductismo social. Parte III. La persona.
- Fichon-Riviére, Enrique, y Pampliega de Quiroga, Ana. *Psicología de la vida cotidiana*. Artículo "Estrategia". Nueva Visión, Buenos Aires, 1999.
- Fabrís, Fernando. El aporte de George H. Mead. Ficha de la cátedra, Buenos Aires, 2004.

Actividad complementaria

Participación en un taller vivencial sobre "Mundo sonoro interno" desarrollado a partir de la conceptualización de Violeta H. de Gainza sobre el tema.

6) La teoría de la conducta de Pichon-Riviére. Síntesis de la materia

CONTENIDOS:

Lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo. El concepto de mundo interno o grupo interno. Mundo interno y mundo externo. La operaciones intra-subjetivas (su aspecto instrumental y defensivo). El papel de la acción del sujeto. Concepto de tarea y pretarea. Procesos de depositación. Teoría de las tres "D". Situación triangular básica. La fisura del portavoz. La cura como redistribución de ansiedades. Sujeto y situación (similitudes y diferencias entre Psicoanálisis y Psicología Social Pichon-Riviére). Internalización en G. H. Mead y en Pichon-Riviére (similitudes y diferencias). El concepto de necesidad (diferencia con deseo e instinto o pulsión). Principios de configuración de la conducta. Núcleo patogénico central y situación depresiva básica; análisis intrasubjetivo e intersubjetivo. Lo progresivo y lo regresivo. Lo siniestro y lo maravilloso; enfermedad y creación. Proceso social y subjetividad en los años noventa: fragmentación subjetiva y vincular. La comprensión del sujeto y su conducta en una situación vincular y social.

METODOLOGÍA

Lectura de textos (ver en bibliografía)

Proyección del film "Amada inmortal" y realización de un trabajo final de síntesis de la materia en base a las siguientes pautas.

I) Análisis⁵

1. Análisis de la película "Amada inmortal" desde la Teoría de la Conducta de Enrique Fichon-Riviére (máximo dos paginas).
2. Lista completa de los conceptos *utilizados* en el análisis
3. Cual o cuales conceptos (máximo dos) aparecen en el análisis realizado como más significativos. Fundamentar y explorar la relación concepto - situación referida.
4. Seleccione uno o dos párrafos de otros autores vistos y relacionelos con el punto I.1. Seleccione un concepto explicado en clase por el docente y relacionelos con el punto I.1.

II) Diseñe un *mapa conceptual* en el que se visualicen los conceptos principales pertenecientes a la Teoría de la conducta.

⁵ Los ítems agrupados en I) fueron utilizados en todos los trabajos escritos previos, por lo que al llegar a esta altura del recorrido de la materia los alumnos se sienten familiarizados con ellos.

**EQUIPO DE ESTUDIO Y PRODUCCIÓN
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PICHONIANA (ICP)
PARA EL SIGLO XXI**

Proyecto Inicial, 1999.

FERNANDO A. FABRIS

La invitación a formar parte de este proyecto de estudio e investigación se inscribe en otro más abarcativo que consiste en la construcción de una corriente pichoniana en el campo de la psicología, y más específicamente en el área clínica que será por ello Psicología Clínica Pichoniana.

Objetivos específicos principales

- 1) Conocer, esclarecer, profundizar y desarrollar prácticas y conceptos de la clínica pichoniana con el objetivo de delimitar los ejes conceptuales centrales que la caracterizan e identificar los conceptos que requieren desarrollos y actualizaciones.
- 2) Reflexionar sobre problemáticas clínicas específicas desde esta perspectiva teórica, apuntando a pensar los problemas e interrogantes actuales desde los ejes conceptuales ya esclarecidos y actualizados.

Entre los conceptos que pueden requerir desarrollos sugerimos los siguientes:

- a) Vínculo: sus dimensiones internas y externas.
- b) Pérdida, crisis e internalización (concepción crítica de la internalización).
- c) Concepto de mundo interno y grupo interno. Similitud y diferencia con conceptos afines de otros autores. Aportes posibles a dicha concepción¹.
- d) Concepto de necesidad. Polémica con los conceptos psicoanalíticos de deseo y pulsión o instinto. Concepciones del psiquismo y del desarrollo implícitos en esas diferentes nociones.

¹ Aclaración: A lo largo de los cinco años de funcionamiento que lleva el ICP se modificaron muchos aspectos del encuadre de trabajo. Transcribimos aquí una síntesis de las pautas propuestas inicialmente por el coordinador del equipo a quienes serían sus integrantes.

² Joyce Mc Dougal, Melanie Klein, Hanna Segal, Susan Isaac, René Kaës, George H. Mead, Ronald Laing.

- e) El papel del objeto en la conducta. Relaciones y diferencias con otras escuelas³.
- f) Tipos de objeto propuestos por diversos autores: interno, externo, transicional, transitorio, fetiche, intermediario, etc.
- g) Procesamientos progresivos y regresivos del psiquismo.
- h) Criterios pichonianos para delimitar estructuras psicopatológicas y/o estilos de personalidad. Aportes de otros autores⁴.

Entre los problemas clínicos subrayamos:

- a) Proceso terapéutico.
- b) Trastornos del narcisismo y patologías *bordeline*: su problemática diferencial respecto de las patologías más tradicionales.
- c) La subjetividad colectiva. Patologías actuales. Epidemiología social.
- d) Criterios de delimitación de las psicosis y las neurosis.
- e) Relación entre cuadro psicopatológico, proceso terapéutico, subjetividad colectiva y contexto social.

Dispositivo de trabajo

La propuesta consiste en reunirse cada dos meses, un sábado completo y la mañana del domingo. Resultarían de este esquema aproximadamente cinco encuentros acumulativos anuales.

A modo ilustrativo se propone una planificación posible de la tarea:

Apertura

1. Presentación del objetivo específico de la jornada y su eje temático, previamente definido.
2. Puntos iniciales acerca de una posible perspectiva pichoniana de abordaje del mismo y problemáticas implicadas en el tema/problema/objeto.

Desarrollo

Puede implicar todas o algunas de las siguientes instancias:

1. Presentación de caso/s clínico/s e intentos de esbozar conceptualizaciones.
2. Exposición de aportes de otras teorías (incluidos a partir de la sistematización de algunos de los integrantes y/o la lectura de un texto).
3. Espacio de libre discusión y/o dispositivos de creatividad⁵.

³ Sigmund Freud, Melanie Klein, Fairbairn, Jacques Lacan, Joyce Mc Dougal.

⁴ José Bleger, David Liberman, Fernando Taragano, Hernán Kesselman, Héctor Fiorini, Abelardo Gilabert.

⁵ Técnicas creativas: *brainstorming, mindmapping, sinéctica*, etc.

- 4. Espacio de producción conceptual individual o subgrupal⁶.
- 5. Inclusión eventual de profesionales especializados en algunos de los temas.
- 6. Construcción de bibliografía básica común y otras referencias teóricas organizadas a través de fichas, resúmenes, sinopsis, redes o mapas conceptuales, carpeta grupal, etc.⁷.

Cierre

Escritura de conclusiones, consideraciones o notas sobre el tema. Evaluación de propuestas de publicación de eventuales artículos que puedan resultar de esta tarea.

Reflexión sobre la tarea realizada (coordinada por algunos de los integrantes del grupo).

Roles básicos del equipo de trabajo

- a) Coordinador general del equipo, b) Coordinador y/o organizador de cada una de las instancias del dispositivo de trabajo, c) Cronista, d) Escribiente, e) Participante, f) Otros.

Integrantes del grupo de estudio y trabajo

- Fernando Fabris (psicólogo y psicólogo social), Capital Federal (coordinador general)
- Gabriela Lachowicz (psicóloga y psicóloga social), Capital Federal.
- Maria Dolores Galibañez (psicóloga y psicóloga social), Rosario.
- Ricardo Silva (psicólogo), Mar del Plata.
- Silvia Puccini (psicóloga y psicóloga social), La Plata.

Bibliografía básica inicial

- Pichon-Rivière, Enrique:
El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I).
La psiquiatría, una nueva problemática. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (II).
- El proceso creador*: Del Psicoanálisis a la Psicología Social (III).
- P. de Quiroga, Ana:
Apuntes para una teoría de la conducta.
Proceso de constitución del mundo interno.

⁶ En cada reunión individualmente, subgrupalmente o grupalmente es posible producir algún tipo de reflexión escrita que podrá ser incluida en una carpeta grupal. También podrán producirse reportajes imaginarios entre los integrantes del grupo que podrán ser desgrabados y anexados a la misma.

⁷ Elaborar progresivamente una bibliografía básica con textos que consideremos grupalmente "indispensables"; a) que permita un mínimo de entendimiento en la comunicación; b) que posibilite referencias precisas; reducción del índice de ambigüedad c) que sea un punto de partida de nuestras conceptualizaciones.

Fabris, Fernando:

Clases sobre Teoría de la Conducta en la Primera Escuela Privada de Psicología Social (en 1º, 2º y 3º años).

Intervención en el panel sobre Clínica de las Jornadas de Psicología Social organizadas por el IRDES (Rosario) en 1999.

BIBLIOGRAFÍA

Enrique Pichon-Rivière:

El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.

La psiquiatría, una nueva problemática Del Psicoanálisis a la Psicología Social (II). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.

El proceso creador. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (III). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.

Psicología de la vida cotidiana. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires (en colaboración con Ana P. de Quiroga).

Teoría del vínculo. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.

Psicoanálisis de Conde de Lautreamont. Editorial Argonauta, Buenos Aires, 1992.

Zito Lema, Vicente. *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière. Sobre el arte y la locura*. Ediciones Cinco, 1986.

"Freud: Arte y Cultura". *Revista Crisis* N° 40, Buenos Aires, 1976.

"Pichon-Rivière habla sobre Lacan". *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, diciembre de 1975.

"Instituciones de Salud Mental. Contesta E. Pichon-Rivière". *Revista Los Libros*, Buenos Aires, marzo-abril de 1974.

"Del psicoanálisis a la psicología social". En colaboración con Ana P. de Quiroga, oct. de 1972.

Ana Pampiega de Quiroga:

Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1988.

Apuntes para una teoría de la conducta desde el pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1984.

Matrices de aprendizaje. Constitución del sujeto en el proceso de conocimiento. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1992.

Enfoques y perspectivas en Psicología Social. Desarrollarlos a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.

Proceso de constitución del mundo interno. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1988.

P. de Quiroga, Ana; Racedo, Josefina. *Crítica de la vida cotidiana*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1988.

P. de Quiroga, Ana; Lazzarini, Marta. *Historia de la 1ª Escuela Privada de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière*. Panel-reportaje. Ediciones 17 de abril, Buenos Aires.

Hernán Kesselman:

La psicoterapia operativa I. Crónicas de un psicoargonauta. Editorial Lumen / Humanitas, Buenos Aires, 1999.

La psicoterapia operativa II. El goce estético en el arte de curar. Editorial Lumen / Humanitas, Buenos Aires, 1999.

Psicoterapia Breve. Ediciones Kargieman, Buenos Aires, 1970-1972; Editorial Fundamentos, Madrid, 1977-1979-1985.

"Psicopatología Vincular I (psicoterapia individual)", en *Psicoterapia Breve*. Ediciones Kargieman, Buenos Aires, 1970-1972; Editorial Fundamentos, Madrid, 1977-1979-1985, y en *Revista Clínica y Análisis Grupal* N° 4, Madrid, 1976.

"Psicopatología Vincular II (El Misterio de la Dinámica Grupal)", en *Revista Clínica y Análisis Grupal* N° 5, Madrid, 1977.

"Prólogo" a Kesselman, Susana. *Dinámica corporal*. Ed. Fundamentos, Madrid, 1986. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1988.

Las Escenas Temidas del Coordinador de Grupos. Editorial Fundamentos, Madrid, 1978; Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1984. *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, Ediciones Quipú, Madrid, 1993 (en colaboración con Pavlovsky, Eduardo; Fridlevsky, Luis).

La multiplicación dramática. Ed. Búsqueda de Ayllu, Buenos Aires, 1989. Edición corregida y aumentada. Edición Galerna, Buenos Aires, 2000 (en colaboración con Pavlovsky, Eduardo).

Fidel Moccio:

Terapia del stress. Un método de relajación. Ediciones Cinco.

Hacia la creatividad. Lugar Editorial.

El taller de terapias expresivas. Paidós, México, 1992.

"El valor terapéutico del entrenamiento en creatividad", con colaboración con Beatriz Amábile. Ficha de Ediciones Cinco, Buenos Aires. *Revista Temas de Psicología Social* N° 12, noviembre 1991.

Otros autores y obras pertenecientes o afines al pensamiento pichoniano:

Bauleo, Armando. *Ideología, grupo y familia*.

Berenstein, Isidoro (1994). *Familia y enfermedad mental*. Paidós, Buenos Aires, 1994.

Bleger, José (1958). *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.

Bleger, José. *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.

Bleger, José. *Temas de psicología*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.

Bleger, José. *Psicología de la conducta*. Buenos Aires, Eudeba, 1970.

Bricchetto, Oscar Santiago. Técnicas de acción. Ficha Ediciones Cinco.

Bricchetto, Oscar Santiago. Intervenciones didáctico-cognitivas. Ficha Ediciones Cinco.

Bricchetto, Oscar Santiago. *Metáfora lúdica. Un enfoque y técnica de trabajo psicosocial*. Corregidor, Buenos Aires, 1999.

Caparrós, Nicolás. *La construcción de la personalidad*. Editorial Fundamentos, Madrid, España, 1981.

Doval, Hernán; Micucci, Horacio; Stein, Enrique. *Salud: crisis del tema. Propuestas desde la medicina social*. Editorial Agora, Buenos Aires, 1992.

Fiasché, Angel. *Hacia una psicopatología de la pobreza*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, 2003.

Freire, Paulo, y P. de Quiroga, Ana. *Interrogantes y propuestas en educación. Ideales, mitos y utopía a fines del siglo XX*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1995.

Freire, Paulo. *Hacia una pedagogía de la pregunta. Conversaciones con Antonio Faundes*, Buenos Aires, 1986.

Freire, Paulo; P. de Quiroga, Ana. *Proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon-Rivière*. Ediciones Cinco, 1985.

Freire, Paulo. *Pedagogía de la esperanza*. Siglo XXI, México, 1993.

Freire, Paulo. *Pedagogía del oprimido*. Editorial Tierra Nueva, Montevideo, 1969.

Gilabert, Abelardo. *El Manicomio ¿una institución para los locos?* Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1992.

Gilabert, Abelardo. *Acercos de la psiquiatría social y el psicoanálisis*. Edición Preliminar, Buenos Aires.

Imhoff, Jorge; Raviculé, Gladys. *Sigmund Freud: los sueños de la búsqueda*. Ediciones Cinco, Buenos Aires.

Kesselman, Susana. *Dinámica corporal*. Ed. Fundamento, Madrid, 1986; Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1988.

Kordon, Diana; Edelman, Lucila, y otros. *Efectos psicológicos de la presión política*. Sudamericana/Planeta, Buenos Aires, 1986.

Laing, R. D. *El cuestionamiento de la familia*. Editorial Paidós, España, 1982.

Liberman, David. *Comunicación y Psicoanálisis*, Alex Editor, Buenos Aires, 1978.

Mateu, Cristina (compiladora); R. Cámara; M. Cardello; J. Carrizo; A. Colombres; C. Cortese; R. Laufer; M. Llano; C. Mateu; A. P. de Quiroga; J. Racedo; S. Salvatore; C. Spiguel; G. Volkind. *Trabajo e identidad ante la invasión globalizadora*. Ediciones Cinco.

Mazzotti, Irma. Intervención en "Psicólogos sociales ¿para qué?". Ficha Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1984.

Mazzotti, Irma; Aronowicz, Berta; Burstein, Mónica; Fabris, Fernando. *Algunas ideas en psicología clínica desde la psicología social*. Ediciones Cinco. Ficha.

Moffatt, Alfredo. *Psicoterapia del oprimido*. Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1990.

Pellegrini, Jorge; Novarino, Patricia; Sans, Daniel; Scarlato, Susana. *Alcoholismo, Identidad y Grupo*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1992.

Pellegrini, Jorge; Di Giacomio, Luis. *Alcohol, alcoholismo, alcohólicos. Grupos Institucionales de Alcoholismo*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1989.

Racedo, Josefina. *Crítica de la vida cotidiana en comunidades campesinas. Doña Rosa, una mujer del noroeste argentino*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1988.

Racedo, Josefina. "Una nación joven con una historia milenaria". Revista *La Marea* n° 7, Buenos Aires.

Rougier, Héctor. *Psicopedagogía vincular. Confluencias, debates, bosquejos*. UNR Editora, Rosario, 1999.

Scherzer, Alejandro. ¿Quién cura a quién? Múltiples abordajes Psicoterapéuticos. Ediciones Multiplicidades, 1997.

Töpf, José. "Cuando el conocimiento es también una ética". *Actualidad Psicológica*, Año XXI, N° 231, mayo 1996.

Töpf, José. *Psicología. La conducta humana*. Eudeba, Buenos Aires, 2000.

Diccionarios y enciclopedias

Roudinesco, Elisabeth y Plon, Michel. *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós, 1998, Buenos Aires.

Laplanche y Pontalis. *Diccionario del Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Labor, 1982, término "Yo".

Hinshelwood, R. D. *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1992.

Pachuk, Carlos; Friedler, Rasia (coordinadores). *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Ediciones Del Candi, Buenos Aires, 1998.

Vidal, Guillermo; Bleichmar, Hugo; Usandivaras Raul J. *Enciclopedia de Psiquiatría*. El Ateneo, Argentina, 1977.

Ferrater Mora. *Diccionario de Filosofía*. Editorial Sudamericana, 1958.

Evans, Dylan. *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós.

Kriz, Jürgen. *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1997.

Obras de Sigmund Freud en Obras Completas, Biblioteca Nueva. Madrid. España. (Traducción directa del alemán por Luis López-Ballesteros y de Torres)

"Análisis fragmentario de una histeria ("Caso Dora)" (1901-1905)

"Análisis de la fobia de un niño de 5 años. Caso "Juanito". (1909)

"Análisis de un caso de neurosis obsesiva ("Caso del hombre de las ratas") (1909).

"Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("Dementia Paranoides") autobiográficamente descrito" (1910- 1911)

"El delirio y los sueños en la 'Gradiva' de W. Jensen" (1906 - 1907).

"Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci" (1910)

"Análisis terminable e interminable" (1937)

"Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico" (1912)

"Construcciones en psicoanálisis" (1937)

"La iniciación del tratamiento" (1913)

"Los caminos de la terapia psicoanalítica" (1918-1919)

"Observaciones sobre el amor de transferencia" (1914)

"Sobre psicoterapia" (1904-1905)

"Adición metapsicológica a la teoría de los sueños" (1915-1917)

"Compendio de psicoanálisis" (1938-1940)

"El block maravilloso" (1924-1925)

"El fetichismo" (1927)

"El Yo y el Ello" (1923)

"Escisión del -Yo- en el proceso de defensa" (1938-1940)

"Esquema de Psicoanálisis" (1923-1924)

- "Inhibición, síntoma y angustia" (1925-1926)
 "Introducción al narcisismo" (1914)
 "La disolución del complejo de Edipo" (1924)
 "La novela familiar del neurótico" (1908-1909)
 "La organización genital infantil" (1923)
 "La represión" (1915)
 "Lecciones introductorias al psicoanálisis" (1916-1917)
 "Lo inconsciente" (1915)
 "Los dos principios del funcionamiento mental" 1910-1911 (1911)
 "Los instintos y sus destinos" (1915)
 "Los orígenes del psicoanálisis" (Carta 52, 69. Manuscritos G, K, L, M, N) (1887-1902) [1950]
 "Los recuerdos encubridores" (1899)
 "Más allá del principio del placer" (1919-1920)
 "Psicología de las masas y análisis del yo" (1920-1921)
 "Recuerdo, repetición y elaboración" (1914)
 "Sobre la dinámica de la transferencia" (1912)
 "Teorías sexuales infantiles" (1908)
 "Totém y tabú" (1912-1913)
 "Tres ensayos para una teoría sexual" (1905)
 "Duelo y melancolía" (1915-1917)
 "El carácter y el erotismo anal" (1908)
 "Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad" (1908)
 "La disposición a la neurosis obsesiva" (1913)
 "La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis" (1924)
 "Las neuropsicosis de defensa" (1894)
 "Neurosis y psicosis" (1923-1924)
 "Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales" (1919)
 "Sobre las transmutaciones de los instintos y especialmente del erotismo anal (1914-1917)
 "Sobre los tipos libidinales" (1931)
 "Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre" (1910)
 "Sobre una degradación general de la vida erótica" (1912)

Obras de Melanie Klein

- "Simposium sobre análisis infantil" (1927)
 "Estados tempranos del conflicto edípico" (1928)
 "La personificación en el juego de niños" (1929)

- "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo" (1930)
 "El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas" (1945)
 "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" (1946)
 "Observando la conducta de bebés" (1952)
 "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé" (1952)
 "Envidia y gratitud" (1957)
Otros autores psicoanalíticos:
 Aberasturi, Arminda. El niño y sus juegos, Paidós, Buenos Aires, 1976.
 Balint, Michael. "Los dos niveles del trabajo analítico". En *La falta básica*. Barcelona, Paidós, 1993.
 Bion, W. R. *Experiencias en grupos*. Paidós, España, 1980.
 Deutsch, Helen. "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia", 1942.
 Erikson, Erik H. *Infancia y sociedad*. Lumen/Hormé. Buenos Aires, 1993.
 Fairbairn, W. Ronald D. (1978) *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Hormé, Buenos Aires, 1978.
 Fenichel, Otto. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós, México, 1987.
 Fromm-Reichman, Frieda. *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Hormé, Buenos Aires, 1981.
 Fromm, Erick. *Ética y psicoanálisis*. Fondo de Cultura Económica, México, 1953.
 Green, André. *Un psicoanalista comprometido. Conversaciones con Manuel Mactas*. Grupo Editorial Norma, Colombia, 1998.
 Greenson y Wexler. "La relación no transferencial en la situación analítica", traducido del *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 50, parte I, 1989.
 Heiman, P.; Isaacs, S.; Rivière, J. *Desarrollos en psicoanálisis*. Lumen-Hormé, Buenos Aires, 2000.
 Hesnard, A. *Psicoanálisis del vínculo interhumano*. Editorial Probeco, Buenos Aires, 1968.
 Käes, René: "El apoyo grupal del psiquismo individual - Algunas consecuencias teóricas en relación a los conceptos de individuo y grupo", *Revista Temas de Psicología Social*, Vol. 7, Buenos Aires, 1985.
 Käes, René. "Introducción al análisis transicional", en *Crisis, ruptura*

y superación, Argentina, Ediciones Cinco, Colección Texto y Contexto, 1990.

Kernberg, Otto. *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. 1ª ed., Paidós, 1994.

Kernberg, Otto; Selzer, Michael A.; Koenigsberg, Harold W.; Carr, Arthur C.; Appelbaum, Aann H. *Psicoterapia psicodinámica del paciente límitrofe*. Planeta, México, 1995.

Lacan, Jacques. "Introducción a la cuestión de la psicosis". *Seminaro 3*.

Lacan, Jacques. "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1955-1956).

Lacan, Jacques. "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica" (1949).

Lacan, Jacques. "La agresividad en psicoanálisis" (1948).

Lagache, Daniel (1980). *La unidad de la psicología*. Paidós, Buenos Aires, 1980.

Mc Dougall, Joyce. "El teatro psíquico y el escenario psicoanalítico" en *Teatros de la mente*, Madrid, Tecnopublicaciones S.A., 1987.

McDougall, Joyce. *Alegato por una cierta anormalidad*. Paidós, Buenos Aires, 1996.

Reich, Wilhelm. *Psicología de masas en el fascismo*. Editora Lafina, Buenos Aires, 1974.

René Kaës, André Misenard, Raymond Kaspí, Didier Anzieu, Jean Guillaumin, José Bleger. *Crisis, Ruptura y Superación*.

Sandler, J. y otros. "Interpretaciones y otras intervenciones", en *El paciente y el analista*, Buenos Aires, Paidós, 1993.

Schapiro, David. *Los estilos neuróticos*. Editorial Psiqué, Buenos Aires, 1988.

Segal, Hanna. *Sueño, fantasma y arte*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.

Segal, Hanna. *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós, Barcelona, 1982.

Winnicott. *Realidad y juego*. Ed. Granica, 1977.

Psicoanalistas argentinos:

Berenstein, Isidoro. *Familia y enfermedad mental*. Paidós, Buenos Aires, 1976.

Bleger, José. *Simbiosis y ambigüedad*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1970.

Bleger, José; Castelnuovo, Allan; Pedersen, Duncan. *Teoría psicoanalítica y tercer mundo*. Ediciones Fundación Agustín Cueva Tamariz, Quito, 1984.

Bleichmar, Hugo. "El modelo modular-transformacional y los subtipos de depresiones" en *Avances en Psicoterapia psicoanalítica*. Paidós, 1998.

Bleichmar, Hugo. Respuesta al reduccionismo en psicopatología: al modelo generativo de articulación de componentes. *Actualidad Psicológica*. Año XV, n° 170, octubre 1990.

Chiozza, Luis. *Los afectos ocultos en...* Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.

Chiozza, Luis. *¿Por qué nos enfermamos?* Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.

Fiorini, Héctor. "Perfil clínico y psicodinámico del trastorno narcisista". Ficha de la Cátedra de Psicoterapia Psicoanalíticas de la UBA. Editorial Tekné, Buenos Aires, 1988.

Fiorini, Héctor. *El psicoanálisis creador*. Paidós, Buenos Aires, 1995.

Fiorini, Héctor. *Teoría y técnica de psicoterapias*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1986.

Fiorini, Héctor. *Nuevas líneas en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Teoría, Técnica y Clínica, Madrid, Editorial Psimática, 1999.

Fiorini, Héctor. *El campo teórico y clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas*. Buenos Aires, Editorial Tekné, 1987.

Fiorini, Héctor. *Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Buenos Aires, Editorial Nueva Visión, 1993.

Nasio, Juan David. *Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan*. Editorial Gedisa, Barcelona, España, 1993.

Paz, José Rafael. *Psicopatología: sus fundamentos dinámicos*. Galerna, Buenos Aires, 1971.

Quiroga, Susana; Vega, Marta; Slausky, David, y col. *Acerca de la adolescencia*. Tekné, Buenos Aires, 1987.

Ricón, Lía. "Clínica y síndromes actuales" (revista *Temas de Psicología Social*, n° 16, pág 95).

Ricón, Lía. "Los estados depresivos" (ficha Asociación Psicoanalítica Argentina).

Ulloa, Fernando (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós, Buenos Aires, 1995.

Psiquiatría:

Ey, Henri; Bernard, Paul; Brisset, Charles. *Tratado de psiquiatría*, trad en esp. Ruiz Ogara, Prof. J. J. López Ibor, Esp, 1965, Masson, Toray, 965 p., 1ª ed.

Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J. *Tratado de Psiquiatría / VI*. Sexta Edición. Intermédica Editorial, Buenos Aires, 1997.

DSM IV. *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson S.A., Barcelona, 1995.

Caplan, Gerald. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1980, Cap. Teoría de la crisis.

Psicodrama, creatividad y otras prácticas:

Albizuri de García, Olga, y Kononovich, Bernardo. "Historia del desarrollo y de las prácticas del psicodrama en la Argentina".

Bustos, Dalmiro M. *Nuevos rumbos en psicoterapia psicodramática*. Editorial Momento, La Plata, Argentina, 1985.

Fabris, Fernando. *Conversaciones con Fidel Moccio sobre Creatividad*. Ediciones Cinco, 2000, Buenos Aires, Argentina.

Fabris, Fernando. "Creatividad, Sujeto y Sociedad". *La Marea* n° 18.

Huang, Al Ching-liang. *La esencia del Tai Chi*. Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1980.

Kesselman, Hernán; Pavlovsky, Eduardo. *La multiplicación dramática*. Galerna, Buenos Aires, 2000.

Kesselman, Hernán; Pavlovsky, Eduardo; Fridlevsky, Luis. *Escenas temidas del coordinador de grupos*. Ed. Fundamentos, Madrid, 1978.

Moccio, Fidel; Amábile, Beatriz. "El valor terapéutico del entrenamiento en creatividad" en *Temas de Psicología Social*, N° 12, Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1991.

Moccio, Fidel, Hersilia Martínez Marrodan. *Psicoterapia Grupal. Dramatizaciones y juegos*. Ediciones Busqueda, Buenos Aires, 1976.

Moccio, Fidel. *Creatividad. Teorías, Metodologías, Experiencias*. Ediciones Aucan, Buenos Aires, 1997.

Moccio, Fidel. *El taller de terapias expresivas*. Paidós, México, Buenos Aires, Barcelona, 1991.

Moccio, Fidel, Carlos Martínez Bouquet, Eduardo Pavlovsky. *Psicodrama. Cuando y por qué dramatizar*. Ediciones Busqueda de Ayllu S.R.L., Buenos Aires, 1985.

Moreno, J. *El psicodrama*. Ed. Lumen, Buenos Aires, 1993.

Pavlovsky, E; Kesselman, H. *Espacios y creatividad*. Ediciones Ayllu, Buenos Aires, 1990.

Rojas Bermúdez, Jaime. *Qué es el psicodrama*. Ed. Celcius, Buenos Aires, 1984.

Técnicas proyectivas:

Ocampo y Arzeno. *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión.

Hammer, Emanuel F. *Test proyectivos gráficos*. Editorial Paidós, 1969.

Frank de Verthelyi, Renata; Baringolz de Hirsch, Sara, y Guinzburg de Braude, Mónica. *Identidad y vínculo en el Test de las dos personas*. Paidós, 1984.

Frank de Verthelyi, Renata; Menéndez de Rodríguez. *Interacción y proyecto familiar en el test kinético de la familia actual y prospectiva*. Ed. Paidós.

Frank de Verthelyi, Renata. *Temas de evaluación psicológica*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1989.

Celner, Graciela. *Test desiderativo*.

Celner, Graciela. "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas". Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UBA.

Grassano, Elsa. *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Nueva Visión.

Phillipson, H. "Encuadre para el uso terapéutico de los métodos proyectivos", en Frank, R., *Actualizaciones en el test de Phillipson*. Buenos Aires, Paidós, 1983.

Schaffer, R. "Criterios para juzgar la adecuación de las interpretaciones", en *Psychosomatic Interpretation in Rorschach Testing*. Grune Stratton, 1954. Resumen y traducción en ficha del Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA.

Otras corrientes: gestálticos, cognitivos, conductuales, fenomenológico-existenciales, sistémicos, estratégicos, multidimensionales, etc.:

Bandura, A. *Teoría del aprendizaje Social*. (Capítulos 1 y 6).

Bateson, Gregory. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1985.

Bateson, Gregory, y otros. *Interacción familiar*. Ediciones de la Bahía, Montevideo, 1982.

Beck, A. *Terapia Cognitiva de la Depresión*.

Cia, Alfredo Horacio. *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia*. Ediciones El Ateneo, Buenos Aires, 1999.

Corsi, Jorge. *Psicoterapia Breve Multidimensional*. Editorial Tekne, Buenos Aires, 1994.

Fernández Alvarez, Héctor. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós, Buenos Aires, 1992.

Frankl, Viktor F. *Psicoanálisis y existencialismo*. Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires, 1957.

Haley, Jay. *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

- Eagleton, Terry. *Las ilusiones del posmodernismo*. Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México, 1997.
- Engels, Federico. *Anti Dühring*. Editorial Cartago, Buenos Aires, 1975.
- Engels, Federico. *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Ed. Cartago, Buenos Aires, 1975.
- Gerth, H. y Wright Mills, C. *Carácter y estructura social*. Paidós, 1963.
- Goldman, Lucien (1986). "El sujeto de la creación cultural", en Humberto Eco, Lucien Goldman y Roger Bastide. *Sociología contra psicoanálisis*. Editorial Planeta-De Agostini, 1986, Barcelona, España.
- Goldman, Lucien. *Lukács y Heidegger. Hacia una filosofía nueva*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1975.
- Goldmann, Lucien. "El pensamiento histórico y su objeto" y "Filosofía, Ideología y Ciencias Humanas" en Oviols, Guillermo, compilador, *Problemas filosóficos. Antología básica de filosofía*. Librería Hachette, Buenos Aires, 1987.
- Goldmann, Lucien. "El sujeto de la creación cultural" en *Sociología contra psicoanálisis*. Ed. Planeta Agostini n° 65, Barcelona, 1986.
- Gramsci, Antonio. *Introducción a la filosofía de la praxis*. Ediciones Península, Barcelona, 1972.
- Harvey, David. *La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988.
- Goffman, Erving. *Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988.
- Holz, Hans Heinz; Kofler, Leo; Abendroth, Wolfgang, Aberndroth. *Conversaciones con Lukács*. Alianza Editorial, Madrid, 1971.
- Lenin. *Cuadernos Filosóficos*. Ediciones Estudio, Buenos Aires, 1972.
- Lenin. *Materialismo y empiriocriticismo*. Ediciones en Lenguas Extranjeras, Pekín, 1975.
- Lewin, Kurt. *La teoría del campo en la ciencia social*. Paidós, 1988.
- Llanos, Alfredo. *Introducción a la dialéctica*. Editorial Restate, Buenos Aires, 1986.
- Mao Tse Tung. *Cinco tesis filosóficas*. Ediciones en Lenguas Extranjeras, Pekín, 1975.
- Marx, Carlos. *La Ideología Alemana*. Ediciones Pueblos Unidos, Buenos Aires, 1985.
- Marx, Carlos. *Manuscritos de 1844*. Editorial Cartago, Buenos Aires, 1984.

- Haley, Jay. *Estrategias en Psicoterapia*. Ediciones Toray, Barcelona.
- Hammond, C.; Stranfield, K. *Psicoterapia multidimensional*. TEA, Madrid, 1981.
- Lazarus, Ph.D.; Arnold, A. *Terapia Multimodal*. (Capítulos 1 y 2). Editorial IPPEM, Buenos Aires.
- Minuchin, Salvador. *Familias y terapia familiar*. Gedisa Ed., Barcelona, 1992.
- Papp, P. *El proceso de cambio*. Paidós, Buenos Aires, 1988 (Capítulos 3 y 4)
- Perls, Fritz. *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1976, 1ª edición.
- Perls, Fritz. *Sueños y existencia*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago, Chile, 1974.
- R. Fish, J. H. Weakland y L. Segal. *La Táctica del cambio. Cómo abrir la terapia*. Editorial Herder, Barcelona, 1984.
- Watzlawick, Paul; Janet Helmick Beavin; Don D. Jackson. *Teoría de la comunicación humana*. Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1971, 1ª ed.
- Watzlawick, Paul; Weakland, Jhon H.; Fisch, Richard. *Cambio*. Ed. Herder, Barcelona, 1992.
- Imagen, pensamiento y lenguaje:**
- Vygotsky, L. S. *Pensamiento y lenguaje*. Ed. La Pléyade, 1977.
- Rivière, Angel. *La psicología de Vygotsky*. Ed. Visor Libros, Madrid, 1985.
- Thenon, Jorge. *La imagen y el lenguaje*. Editorial La Pléyade, Buenos Aires, 1971.
- Piaget, Jean. *Seis estudios de psicología*. Editorial Seix Barral, Argentina, 1986.
- Walloh, Henri. *Del acto al pensamiento*. Editorial Lautaro.
- Azcuaga, Juan. *Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico*. Ed. Tekné, Buenos Aires.
- Leakey, Richard. *La formación de la humanidad*. Ediciones del Serbal, Barcelona, 1993.
- Bruner, Jerome. *Actos de significado*. Alianza Editorial, Madrid, 1995.
- Filosofía, sociología, psicosociología, etc.:**
- Astrada, Carlos. *Encuentro en la dialéctica. Convivencia con Mao Tsetung en el diálogo*. Editorial Catari, Buenos Aires, 1994.
- Bachelard, Gaston. *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI Editores, México, 1985.

..., Carlos. *Introducción a la crítica de la economía política*. Editorial Anteo, Buenos Aires, 1986.

..., Carlos. "Tesis sobre Feuerbach" en Engels, F. *Ludwing Feuerbach el fin de la filosofía clásica alemana*. Ed Progreso.

..., Carlos. *El Capital*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1994.

..., G. H. *Espiritu, Persona y Sociedad*. Parte III. Ed. Paidós, 1972.

..., Rosa. "Nuevos paradigmas ¿Verdaderamente nuevos?" *Revista Temas de Psicología Social* n° 15, Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1996.

..., Rosa. "El conocimiento. Abordaje desde el materialismo dialéctico. Bases filosóficas para una psicología científica." Módulos publicados por ATEPS.

..., Rosa. (Charla con Ana.)

..., Juan. *Dialéctica de la investigación científica*. Helguero Editores, Buenos Aires, 1987.

..., George. *Los orígenes de la ciencia y el arte. El surgimiento de la esencia humana*. Editorial Leviatán, Buenos Aires, 1986.

..., George. *Los primeros filósofos*. Ed. Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1975.

Asesoristas consultadas:

..., de Psicología Social.

..., de Temas de Psicología Social.

..., Pichoniano.

..., esta Espacio.

..., y Análisis Grupal (España).

..., subjetivo (España).

..., Psicología Social, Hoy.

..., portavoz (España).

...,alidad Psicológica.

..., Neuropsiquiátrica Argentina.

..., Psiquiátrica y Psicológica de América Latina.

..., psiquiatría social.

...,a.

...,po grupal.

...,sta de Vegetoterapia (Fundación W. Reich).

...,sta de Psicología y Psicoterapia de Grupo.

...,ternos de Psicología Concreta (1969-1972).

...,sta de Psicoanálisis.

...,ex.

Textos de María Dolores Galliñanes:

"Intervención psicológica en los trastornos fóbicos".

"Asma brónquial: interrogación de los aspectos psíquicos y orgánicos en su etiología".

"Aspectos psicológicos vinculados al cáncer".

"Consideraciones acerca de la situación actual del psicólogo" (en colaboración). 1981.

"Síntesis de las jornadas regionales de los GIA (Grupos institucionales de alcoholismo) desarrolladas en la Ciudad de Esquel", 1991.

"La escuela de enfermería habla". *Revista La Grieta*, 1995.

Textos de Fernando Fabris:

Libros

Fabris, Fernando. *Conversaciones con Fidel Moccio sobre Creatividad*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 2000.

Fabris, Fernando y Lachowicz, Gabriela (compiladores). *Romper Barreras. Poesías y Testimonios desde un Hospital Psiquiátrico*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1998.

Artículos

"El posmodernismo en ciencias psicosociales: análisis y crítica". *Revista Temas de Psicología Social*. Publicación de la Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière. Octubre 2000, N° 19, Buenos Aires.

"Pichon-Rivière a comienzos de los años 30. Antecedentes lejanos". *Revista Temas de Psicología Social*, 1999, N° 18, Buenos Aires.

"La desmanicomialización bien entendida" *El Atajo de la Red* (1999) también en la *Revista Electrónica Acheronta*.

"Creatividad, sujeto y sociedad" en *Revista La Marea* n° 18, diciembre 2001 - Verano 2002.

"Deleuze-Guattari y la Psicología Social Pichoniana ¿Encuentro Desencuentro?" *Revista Temas de Psicología Social*. Octubre 1999, N° 16, Buenos Aires.

La Sinéctica. Aplicación de una técnica creativa". En *www.espiraldialectica.com.ar* (en colaboración con Lachowicz, Gabriel Puccini, Silvia S.).

"De Curadores y Heridos. Reflexión sobre los Talleres Artísticos de Gilabert, Abelardo. *El manicomio: ¿una institución para los locos?*" Ediciones Cinco, 1992, Buenos Aires.

revista realizadas:

revista al Dr. Hernán Kesselman recién llegado de España". (En colaboración con Federico Bejarano y Fernanda Cieza Rodríguez." *Revista Espacio* N° 3, año 1987.

revista a Ana P. de Quiroga". (En colaboración con Claudio Ruas, Eduardo Castillo y María José Odonetto). *Revista Espacio*, N° 4, año 1987.

de Investigaciones en Psic. Soc. DIPS. Reportaje a Josefina Rado". *Revista Espacio*, N° 5, 1988.

MEC, Psicología Social y Psicosis. Experiencia que sería bueno multiplicar". Reportaje a Gladys Raviculé y otros. (En colaboración con Blanca Martínez). *Revista Espacio* N° 5, 1988.

arla con Irma Mazzotti". Tema: El enfoque pichoniano en psicoterapia individual y grupal. *Revista Espacio*, N° 6, 1988.

ortaje a Juan A. Garralda. Director del Hosp. Nacional José T.orda". Boletín de *Temas de Psicología Social* N° 2. (En colaboración con Patricia Luppi).

ortaje a Hernán Kesselman". *Revista Temas de Psicología Social* N° 11, 1990 (en colaboración con Patricia Luppi).

versando con el Dr. Abelardo Gilabert". Boletín de *Temas de Psicología Social* N° 4. En colaboración con Patricia Luppi. Mayo - Junio 1991.

oque Pichoniano en Salud Mental: Desarrollos en Clínica". Reportaje al Dr. Jorge Imhoff. Portavoz Pichoniano. *Revista de Psicología Social*. Año 2, N° 4, 1991 (en colaboración con Adriana Lynch).

ÍNDICE

Prefacio, por Fernando A. Fabris y María Dolores Galiñanes	
Prólogo, por Ana Pampliega de Quiroga	
Prólogo, por Hernán Kesselman	
Clínica pichoniana actual: premisas, conceptos, perspectivas, por Fernando A. Fabris	
Desarrollos clínicos desde la psicología social pichoniana, por María Dolores Galiñanes y Marta Hernández	
La depresión: su diagnóstico desde la clínica pichoniana, por Fernando A. Fabris, María Dolores Galiñanes, Gabriela Lachowicz y Silvia Puccini	
Abordaje clínico del trastorno de pánico desde la psicología social pichoniana, por María Dolores Galiñanes y Marta Hernández	
Más allá de la fragmentación y el vacío de los '90, por Fernando A. Fabris	
Problemas y debates teórico-técnicos en psicología clínica, por Fernando A. Fabris y María Dolores Galiñanes	
Ética en psicología social: el otro y su tarea, por Fernando A. Fabris	

ANEXOS

¿Cómo pensar el diagnóstico desde la perspectiva pichoniana?, elaborado por el ICP	
Protocolo para construir un personaje	
Programa del Seminario electivo de pregrado de la Facultad de Psicología de la U.N.R.	
Programa de la materia Teoría de la Conducta, de la Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por el Dr. E. Pichon-Rivière	
Mapas conceptuales	
Proyecto inicial del ICP	
Bibliografía	

Composición tipográfica y armado:
Osmar Luis Bordoní
Teléfono 4757-8171

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de septiembre de 2004

en EDILI

Castro 1860, Buenos Aires
Argentina

Psicología Clínica pichoniana identifica y reformula los ejes fundamentales de la perspectiva teórica fundada por Enrique Pichon-Riviere en lo que refiere a su dimensión clínica. La clínica pichoniana es objeto de un renovado interés, del cual este libro es expresión.

El enfoque pichoniano constituye un planteo original e irreductible a otros que lo precedieron, incluido el psicoanálisis, del cual es diferente en teoría, técnica, práctica e ideología. Se inscribe en una perspectiva vincular social, que sin desestimar la inalienable especificidad de lo psicológico afirma la determinación social de la subjetividad. A través de una reflexión que articula subjetividad y proceso socio-histórico no sólo se indagaron los conceptos teóricos definitorios, sino también problemas psicopatológicos como la depresión, los trastornos de pánico, la fragmentación vincular y subjetiva propia de los años noventa y cuestiones teórico-técnicas especialmente problemáticas. Por último, se ofrecen aportes a la ética de la psicología social.

Dice Ana P de Gurogga respecto de los autores: "Su andar no ha consistido sólo en apoyarse en lo previo, no ha sido, no es, una repetición ritualística. En tanto indagación permanente, aportan originalidad de perspectivas, plantean posicionamientos que abren líneas de debate...". La ruptura de Pichon-Riviere con el psicoanálisis es "un aspecto firmemente sostenido y clarificado por los autores en los distintos artículos de este libro". Concluye que *Psicología Clínica pichoniana* "aporta a la formación, al debate, es apoyatura en la comprensión de la conducta y nos brinda particularmente en sus protocolos, recursos teórico-técnicos enriquecedores para la intervención".

Señala Hernán Kesselman: "Los autores plantean un trípode para la clínica pichoniana centrado en el sujeto, la situación y la conducta. Y también, una concepción de mundo interno y de vínculo que define como operativa una intervención en Psicología Social". Además, "han recogido el testimonio para que pueda seguir desplegándose la presencia de Pichon-Riviere en la Psicología Clínica (para que deje de ser un desaparecido intelectual en diversos sectores de la Psicología actual)...".

