

*Enrique Pichón-
Riviére*

El proceso grupal

PRÓLOGO

Connaissance de la mort

*Je te salue
mon cher petit et vieux
cimetière de ma ville
où j'appris à jouer
avec les morts.
C'est ici où j'ai voulu
me révéler le secret de
notre courte existence à
travers les ouvertures
d'anciens cercueils solitaires.*

E. Pichon-Rivière¹

El sentido de este prólogo es el de esclarecer algunos aspectos de mi esquema referencial indagando su origen y su historia, en busca de la coherencia interior de una tarea que muestra en estos escritos, de temática y enfoques heterogéneos, sus distintos momentos de elaboración teórica.

Como crónica del itinerario de un pensamiento, será necesariamente autobiográfico, en la medida en que el esquema de referencia de un autor no se estructura sólo como una organización conceptual, sino que se sustenta en un fundamento motivacional, de experiencias vividas. A través de ellas, construirá el investigador su mundo interno, habitado por personas, lugares y vínculos, los que articulándose con un tiempo propio, en un proceso creador, configurarán la estrategia del descubrimiento.

Podría decir que mi vocación por las Ciencias del Hombre surge de la tentativa de resolver la oscuridad del conflicto entre dos culturas. A raíz de la emigración de mis padres desde Ginebra hasta el Chaco, fui desde los 4 años testigo y protagonista, a la vez, de la inserción de un grupo minoritario europeo en un estilo de vida primitivo. Se dio así en mí la incorporación, por cierto que no del todo discriminada, de dos modelos culturales casi opuestos. Mi interés por la observación de la realidad fue inicialmente de características precientíficas y, más exactamente, míticas y mágicas,

¹ Poema escrito por el autor en 1924.

adquiriendo una metodología científica a través de la tarea psiquiátrica.

El descubrimiento de la continuidad entre sueño y vigilia, presente en los mitos que acompañaron mi infancia y en los poemas que atestiguan mis primeros esfuerzos creativos, bajo la doble y fundamental influencia de Lautréamont y Rimbaud, favoreció en mí, desde la adolescencia, la vocación por lo siniestro.

La sorpresa y la metamorfosis, como elementos de lo siniestro, el pensamiento mágico, estructurado como identificación proyectiva, configuran una interpretación de la realidad característica de las poblaciones rurales influidas por la cultura guaraní, en las que viví hasta los 18 años. Allí toda aproximación a una concepción del mundo es de carácter mágico y está regida por la culpa. Las nociones de muerte, duelo y locura forman el contexto general de la mitología guaraní.

La internalización de estas estructuras primitivas orientó mi interés hacia la desocultación de lo implícito, en la certeza de que tras todo pensamiento que sigue las leyes de la lógica formal, subyace un contenido que, a través de distintos procesos de simbolización, incluye siempre una relación con la muerte en una situación triangular.

Ubicado en un contexto en el que las relaciones causales eran encubiertas por la idea de la arbitrariedad del destino, mi vocación analítica surge como necesidad de esclarecimiento de los misterios familiares y de indagación de los motivos que regían la conducta de los grupos inmediato y mediato. Los misterios no esclarecidos en el plano de lo inmediato (lo que Freud llama "la novela familiar") Y la explicación mágica de las relaciones entre el hombre y la naturaleza determinaron en mí la curiosidad, punto de partida de mi vocación por las Ciencias del Hombre.

El interés por la observación de los personajes prototípicos, que en las pequeñas poblaciones adquieren una significatividad particular, estaba orientado -aún no conscientemente- hacia el descubrimiento de los modelos simbólicos, por los que se hace manifiesto el interjuego de roles que configura la vida de un grupo social en su ámbito ecológico.

Algo de lo mágico y lo mítico desaparecía entonces frente a la desocultación de ese orden subyacente pero explorable: el de la interrelación dialéctica entre el hombre y su medio.

Mi contacto con el pensamiento psicoanalítico fue previo al ingreso a la Facultad de Medicina y surgió como el hallazgo de una clave que permitiría decodificar aquello que resultaba incomprensible en el lenguaje y en los niveles de pensamiento habituales.

Al entrar en la Universidad, orientado por una vocación destinada a instrumentarme en la lucha contra la muerte, el enfrentamiento precoz con el cadáver -que es paradójicamente el primer contacto del aprendiz de médico con su objeto de estudio- significó una crisis. Allí se reforzó mi decisión de indagar -en el, campo de la locura, que siendo una forma de muerte, puede resultar reversible. Las primeras aproximaciones a la psiquiatría clínica me abrieron el camino hacia un enfoque dinámico, el que me llevaría progresivamente, y a partir de la observación de los aspectos fenoménicos de la conducta desviada, al descubrimiento de elementos genéticos, evolutivos y estructurales que enriquecieron mi comprensión de la conducta como una totalidad en evolución dialéctica.

La observación, dentro del material aportado por los pacientes, de dos categorías de fenómenos netamente diferenciables para el operador: lo que se manifiesta explícitamente y lo que subyace como elemento latente, permitió incorporar en forma definitiva al esquema de referencia la problemática de una nueva psicología que desde un primer momento tendería hacia el pensamiento psicoanalítico.

El contacto con los pacientes, el intento de establecer con ellos un vínculo terapéutico confirmó lo que de alguna manera había intuido; que tras toda conducta "desviada" subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio. En síntesis, que la enfermedad era un proceso comprensible.

Desde los primeros años de estudiante trabajé en clínicas privadas, adquiriendo experiencia en el campo de la tarea psiquiátrica, en la relación y convivencia con internados. Ése contacto permanente con todo tipo de pacientes y sus familiares me permitió conocer en su contexto el proceso de la enfermedad, particularmente los aspectos referentes a los mecanismos de segregación.

Tomando como punto de partida los datos que sobre estructura y características de la conducta desviada me proporcionaba el tratamiento de los enfermos, y orientado por el estudio de las obras de Freud, comencé mi formación psicoanalítica. Ésta culminó, años más tarde, en mi análisis didáctico, realizado con el Dr. Garma.

Por la lectura del trabajo de Freud sobre "la Gradiva" de Tensen tuve la vivencia de haber encontrado el camino que me permitiría lograr una síntesis, bajo el común denominador de los sueños y el pensamiento mágico, entre el arte y la psiquiatría.

En el tratamiento de pacientes psicóticos, realizado según la técnica analítica y por la indagación de sus procesos transferenciales, se hizo evidente para mí la existencia de objetos internos, múltiples "imago", que se articulan en un mundo construido según un progresivo proceso de internalización. Ese mundo interno se configura como un escenario en el que es posible reconocer el hecho dinámico de la internalización de objetos y relaciones. En este escenario interior se intenta reconstruir la realidad exterior, pero los objetos y los vínculos aparecen con modalidades diferentes por el fantaseado pasaje desde el "afuera" hacia el ámbito intrasubjetivo, el "adentro". Es un proceso comparable al de la representación teatral, en el que no se trata de una siempre idéntica repetición del texto, sino que cada actor recrea, con una modalidad particular, la obra y el personaje. El tiempo y el espacio se incluyen como dimensiones en la fantasía inconsciente, crónica interna de la realidad.

La indagación analítica de ese mundo interno me llevó a ampliar el concepto de "relación de objeto", formulando la noción de vínculo, al que defino como una estructura compleja, que incluye un sujeto, un objeto, su mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje.

Estas relaciones intersubjetivas son direccionales y se establecen sobre la base de necesidades, fundamento motivacional del vínculo. Dichas necesidades tienen un matiz e intensidad particulares, en los que ya interviene la fantasía inconsciente. Todo vínculo, así entendido, implica la existencia de un emisor, un receptor, una codificación y decodificación del mensaje. Por este proceso comunicacional se hace manifiesto el sentido de la inclusión del objeto en el vínculo, el compromiso del objeto en una relación no lineal sino dialéctica con el sujeto. Por eso insistimos que en toda estructura vincular -y con el término estructura ya indicamos la interdependencia de los elementos- el sujeto y el objeto interactúan realimentándose mutuamente. En ese interactuar se da la internalización de esa estructura relacional, que adquiere una dimensión intrasubjetiva. El pasaje o internalización tendrá características determinadas por el sentimiento de gratificación o frustración que acompaña a la configuración inicial del vínculo, el que será entonces un vínculo "bueno" o un vínculo "malo".

Las relaciones intrasubjetivas, o estructuras vinculares internalizadas, articuladas en un mundo interno, condicionarán las características del aprendizaje de la realidad. Este aprendizaje será facilitado u obstaculizado según que la confrontación entre el ámbito de lo intersubjetivo y el ámbito de lo intrasubjetivo resulte dialéctica o dilemática. Es decir, que el proceso de interacción funcione como un circuito abierto, de trayectoria en espiral, o como un circuito cerrado, viciado por la estereotipia.

El mundo interno se define como un sistema, en el que interactúan relaciones y objetos, en una mutua realimentación. En síntesis, la interrelación intrasistémica es permanente, a la vez que se mantiene la interacción con el medio. A partir de las cualidades de la interacción externa e interna, formularemos los criterios de salud y enfermedad.

Esta concepción del mundo interno, y la sustitución de la noción de instinto por la estructura vincular, entendiendo al vínculo como un protoaprendizaje, como el vehículo de las primeras experiencias sociales, constitutivas del sujeto como tal, con una negación del narcisismo

primario, conducían necesariamente a la definición de la psicología, en un sentido estricto, como psicología social.

Si bien estos planteos surgieron en una praxis y están sugeridos, en parte, en algunos trabajos de Freud (Psicología de las masas y análisis del Yo), su formulación implicaba romper con el pensamiento psicoanalítico ortodoxo, al que adherí durante los primeros años de mi tarea, y a cuya difusión había contribuido con mi esfuerzo constante. Pienso que esa ruptura significó un verdadero ,obstáculo epistemológico, una crisis profunda, cuya superación me llevó muchos años, y que quizá se logre recién hoy, con la publicación de estos escritos.

Esta hipótesis parecería confirmada por el hecho de que, a partir de la toma de conciencia de las significativas modificaciones de mi marco referencial, me volqué más intensamente a la enseñanza, interrumpiendo el ritmo anterior de mi producción escrita. Solo en 1962, en el trabajo sobre "Empleo del Tofranil en el tratamiento del grupo familiar", en 1965 con "Grupo operativo y teoría de la enfermedad única", y en 1967 con "Introducción a una nueva problemática para la psiquiatría", logro una formulación más totalizadora de mi esquema conceptual, si bien algunos aspectos fundamentales se relacionan entre sí, y muy escuetamente, recién en "Propósitos y metodología para una escuela de psicólogos sociales" y "Grupo operativo y modelo dramático". presentados respectivamente en Londres y Buenos Aires, Congreso Internacional de Psiquiatría Social y Congreso Internacional de Psicodrama, en el año 1969.

La trayectoria de mi tarea, que puede describirse como la indagación de la estructura y sentido de la conducta, en la que surgió el descubrimiento de su índole social, se configura como una praxis que se expresa en un esquema conceptual, referencial y operativo.

La síntesis actual de esa indagación puede señalarse por la postulación de una epistemología convergente, según la cual las ciencias del hombre conciernen a un objeto único: "el hombre en situación" susceptible de un abordaje pluridimensional. Se trata de una interciencia, con una metodología interdisciplinaria, la que funcionando como unidad operacional permite un enriquecimiento de la comprensión del objeto de conocimiento y una mutua realimentación de las técnicas de aproximación al mismo.

E. P. -R.

UNA NUEVA PROBLEMÁTICA PARA LA PSIQUIATRÍA

La historia de la psiquiatría aparece jalonada en distintas épocas por las especulaciones de algunos investigadores acerca de la posibilidad del parentesco entre todas las enfermedades mentales a partir de un núcleo básico y universal. Sin embargo, estos intentos, viciados por una concepción organicista de la ecuación etiológica, origen de la enfermedad, excluyen de la patología mental la dimensión dialéctica en la que, a través de saltos sucesivos, la cantidad se convierte en calidad. La concepción mecanicista y organicista condujo, por ejemplo, en el caso de la psicosis maniacodepresiva, a establecer una división entre formas endógenas y exógenas, sin indicar la correlación existente entre ambas. Sostiene Freud, por su parte, que la relación entre lo endógeno y lo exógeno debe ser vista como relación entre lo *disposicional* y los elementos vinculados al *destino* del propio sujeto. Es decir, hay una *complementariedad entre disposición y destino*. Agregamos a esto que, cuando se insiste en el factor endógeno o no comprensible psicológicamente, los psiquiatras llamados clásicos dejan traslucir su incapacidad para detectar el monto de privación, que al hacer impacto sobre un umbral variable en cada sujeto, completa el aspecto pluridimensional de la estructuración de la neurosis o psicosis. Al considerar endógena una neurosis o psicosis, se niega en forma implícita la posibilidad de modificarla. El psiquiatra asume el rol de condicionante de la evolución del paciente, y entra en el juego del grupo familiar que intenta segregar al enfermo, por ser el portavoz de la

* *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 1967, 13. (Número de homenaje al autor.)

ansiedad grupal. En síntesis: el psiquiatra se transforma en el líder de la resistencia al cambio a nivel comunitario, y trata al paciente como un sujeto "equivocado" desde el punto de vista racional.

En los últimos años, al uso instrumental de la lógica formal se agregó el de la lógica dialéctica y la noción de conflicto, donde los términos no se excluyen sino que establecen una continuidad genética sobre la base de síntesis sucesivas. La operación correctora o terapéutica se lleva a cabo siguiendo el trayecto de un vínculo no lineal, que se desarrolla en forma de una espiral continua, a través de la cual se resuelven las contradicciones entre las diferentes partes del mismo sujeto. Se incluye así una problemática dialéctica en el proceso corrector o en el vínculo con el terapeuta, que sirve de encuadre general, tendiente a indagar contradicciones que surgen en el interior de la operación y el contexto de la misma.

La fragmentación del objeto de conocimiento en dominios particulares, producto de la fragmentación del vínculo, va seguida de un segundo momento integrador (epistemología convergente), cumpliéndose así dos procesos de signo contrario, que adquieren complementariedad a través de la experiencia emocional correctora. Puede afirmarse también que se trata de dos momentos de un mismo proceso, tanto en la enfermedad como en la corrección. Si este acontecer es puesto en marcha por el terapeuta, se impedirá, según la eficacia de su técnica, la configuración de situaciones dilemáticas, génesis de todo estancamiento, y la formación de estereotipos de una conducta, que toma características de desviación por falta de ajuste de los momentos de divergencia y convergencia.

La dificultad en la integración de estos dos momentos está dada por la presencia ineludible, en el campo del aprendizaje, del obstáculo epistemológico. Este obstáculo, que en la teoría de la comunicación está representado por el ruido y en la situación triangular por el tercero, transforma la espiral dialéctica del aprendizaje de la realidad en un círculo cerrado (estereotipo), actuando éste como estructura patógena. El perturbador de todo el contexto de conocimiento es el tercero, cuya presencia a nivel del vínculo y del diálogo condiciona los más graves disturbios de la comunicación y del aprendizaje de la realidad. De esto deriva mi definición de vínculo, sustituyendo la denominación freudiana de relación de objeto. Todo vínculo, como mecanismo de interacción, debe ser definido como una Gestalt, que es al mismo tiempo bicorporal y

tripersonal. (*Gestalt como Gestaltung*, introduciendo en ella la dimensión temporal.)

De esta *Gestalt* va a surgir el instrumento adecuado para aprehender la realidad de los objetos. El vínculo configura una estructura compleja, que incluye un sistema de transmisor-receptor, un mensaje, un canal, signos, símbolos y ruido. Según un análisis intrasistémico y extrasistémico, para lograr eficacia instrumental es necesaria la similitud en el esquema conceptual, referencial y operativo del transmisor y del receptor; al no ser así, surge el malentendido. Toda mi teoría de la salud y la enfermedad mental se centra en el estudio del *vínculo* como estructura. La adaptación activa a la realidad, criterio básico de salud, será evaluada según la operatividad de las técnicas del yo (mecanismos de defensa). Su uso pluridimensional, horizontal y vertical, adaptativo, operacional y gnoseológico, en cada aquí y ahora, o sea en forma situacional a través de una planificación instrumental, debe ser tomado como signo de salud mental, que se expresa por un bias o desviación escasa del modelo natural. Esto es posible a través de una primera fase, que podemos llamar teórica, realizada a través de técnicas de percepción, penetración, depositación y resonancia (empatía), en la que el objeto es reconocido y mantenido a una distancia óptima del sujeto (alteridad). Por eso es que tanto la calidad como la dinámica del conocimiento condicionan una actividad en la que se reconoce un estilo propio de abordaje y de creación del objeto. Abordaje que tiende a aprehenderlo y modificarlo, constituyéndose así el juicio de realidad, criterio de salud y enfermedad mental, a través de una permanente referencia, verificación y evaluación en el mundo externo. La adaptación activa a la realidad y el aprendizaje están indisolublemente ligados. El sujeto sano, en la medida que aprehende el objeto y lo transforma, se modifica también a sí mismo, entrando en un interjuego dialéctico, en el que la síntesis que resuelve una situación dilemática se transforma en el punto inicial o tesis de otra antinomia, que deberá ser resuelta en este continuo proceso en espiral. La salud mental consiste en este proceso, en el que se realiza un *aprendizaje de la realidad* a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. En tanto se cumple este itinerario, la red de comunicaciones es constantemente reajustada, y sólo así es posible elaborar un pensamiento capaz de un diálogo con el otro y de enfrentar el cambio.

Esta descripción alude a la superestructura del proceso. El campo de la infraestructura, depósito de motivos, necesidades y aspiraciones, constituye el inconsciente con sus fantasías (motivación), que son el producto de las relaciones miembros del grupo interno entre sí (grupo interno como grupo mediato e inmediato internalizado). Este fenómeno puede ser estudiado en el contenido de la actividad alucinatoria, en la que el paciente oye la voz del líder de la conspiración inconsciente en diálogo con el *self*, a quien controla y observa, ya que es una parte proyectada de él mismo. Otro hecho curioso del desarrollo de la psiquiatría es que hasta hoy se había insistido exclusivamente en la relación con el objeto perseguidor proyectado, abriéndose un campo tan vasto como el anterior al descubrirse una *patología del vínculo bueno* y la dimensión grupal del contenido inconsciente, perceptible a través de la noción de grupo interno, en interrelación permanente con el externo. En la fantasía motivacional hallamos, como lo hicieramos en la alucinación, una escala de motivos, necesidades y aspiraciones que subyacen en el proceso del aprendizaje, la comunicación y las operaciones tendientes al logro de gratificación en relación con objetos determinados. La acción y la decisión se asientan sobre esa constelación de motivos y el logro está más relacionado con la aprehensión del objeto que con la descarga de tensiones como lo describiera Freud. El aprendizaje y la comunicación, aspectos instrumentales del logro de objeto, poseen una subestructura motivacional.

La conducta motivacional, la más ligada al destino del sujeto, consta también de esta doble estructura, en la que se puede observar que el aspecto direccional primario está ligado a las etapas iniciales del desarrollo. El proceso universal que promueve la motivación es el de la recreación del objeto, que adquiere en cada sujeto una determinación individual, surgida de la conjugación de las necesidades biológicas y el aparato instrumental del yo. El aspecto direccional secundario, elección de tarea, pareja, etc., pasa por el filtro grupal, que en definitiva decide la elección. El descubrimiento de la motivación constituye la más grande contribución de Freud, quien relacionó los fenómenos del "aquí y ahora" con la historia personal del sujeto. Esto se llama "sentido del síntoma".

La doble dimensión del comportamiento, verticalidad y horizontalidad, se hace comprensible entonces por una psicología dinámica

histórica y estructural, alejada de la psiquiatría tradicional, que se mueve sólo en el campo de lo fenoménico y descriptivo. La doble dimensión condiciona aspectos esenciales del proceso corrector. La corrección se logra a través de la *explicación de lo implícito*. Esta concepción coincide con el esquema que algunos filósofos, economistas y sociólogos refirieran a lo económico-social, hablando de una superestructura y de una infraestructura y ubicando a la *necesidad* como núcleo dinámico de acción. En el ámbito del proceso terapéutico la resolución de la fisura entre ambas dimensiones se logra a través de un instrumento de producción, expresado en términos de conocimiento que permite el pasaje de la alienación o de la *adaptación pasiva* en un bias progresivo, a la *adaptación activa* a la realidad. 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 ante los cambios políticos, 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, se va a articular con una estructura depresiva anterior, reforzándola. Es el momento en esta exposición de considerar la vigencia de otras depresiones y analizarlas en la dirección del desarrollo, en sentido inverso al seguido en el proceso terapéutico que parte del aquí y ahora.

Voy a tomar como esquema de referencia aspectos de la teoría de M. Klein, Freud y Fairbairn para hacer comprensible mi teoría

de la enfermedad única. Tendré en cuenta las dos primeras posiciones del desarrollo: la instrumental esquizoparanoide y la depresiva (patogenética existencial), a la que agrego otra: la patorrítmica (temporal) , que incluye los diferentes tiempos con que se manifiestan los síntomas generados en la posición patogenética o depresiva, estructurado sobre la base de la posición instrumental esquizoparanoide. A través de todo este trayecto permaneceré consecuente con mi teoría del vínculo. Pero antes de seguir adelante en la descripción de las posiciones vamos a estudiar los ingredientes de la causación de una neurosis o psicosis, o tomando la formulación de Freud: la ecuación etiológica. Entiendo que los principios que rigen la configuración de una estructura patológica son: 1) policausalidad, 2) pluralidad fenoménica, 3) continuidad genética y funcional, 4) movilidad de las estructuras, 5) rol, vínculo y portavoz, 6) situación triangular.

Como primer principio debemos destacar el de *policausalidad* o ecuación etiológica, proceso dinámico y configuracional, expresado en términos del monto de causación. En detalle, los parámetros son: *factor constitucional*, dividido en dos anteriores: el *genético* propiamente dicho y *el precozmente* adquirido en la vida intrauterina. La influencia que sufre el feto a través de su relación biológica con la madre incluye ya un *factor social*, puesto que la inseguridad o seguridad de la madre está relacionada con el tipo de vínculo que tiene con su pareja y la situación de su grupo familiar. Teniendo en cuenta la situación triangular vemos que esto opera desde el comienzo. Al *factor constitucional* se agrega en el desarrollo el impacto en el grupo familiar. La interacción de este hecho con el factor anterior da como resultado lo que se llama disposición o *factor disposicional* (según Freud, fijación de la libido en una etapa de su curso), lugar al que se vuelve en el proceso regresivo a fin de instrumentarse, como sucedió en el momento disposicional. El regreso es promovido por el *factor actual*, en el que el monto disposicional entra en complementariedad con el conflicto actual, descripto por mí como depresión desencadenante, iniciándose allí una regresión que marca el comienzo de la enfermedad.

Pluralidad fenoménica. Este principio se basa en la consideración de tres dimensiones fenoménicas de la mente con sus respectivas proyecciones denominadas en términos de áreas: área uno o

mente, área dos o cuerpo, área tres o mundo exterior. Estas tres áreas, fenoménicamente, tienen importancia en cuanto que el diagnóstico se hace en función del predominio de una de ellas, aunque un análisis estratigráfico demuestra la existencia o coexistencia de las tres áreas comprometidas en ese proceso en términos de comportamiento, pero en distintos niveles. Esto es lo que constituye el comportamiento en forma de una *Gestalt o Gestaltung* en permanente interacción de las tres áreas. Sin embargo, tenemos en cuenta que el proceso ordenador, o sea la planificación, en términos de estrategia, táctica, técnica y logística, funciona desde el *self* ubicado en el área uno, es decir, que ningún comportamiento le es extraño. Toda otra disquisición que negara esta totalidad totalizante caería en una dicotomía flagrante.

Las áreas son utilizadas en la posición instrumental esquizoparanoide que sigue a la depresión regresional para ubicar los diferentes objetos y vínculos de signos opuestos en un clima de divalencia, con el fin, como ya dijimos, de preservar lo bueno y controlar lo malo, impidiendo así la fusión de ambas valencias, lo que significaría la configuración de la posición depresiva y la aparición del caos, duelo, catástrofe, destructividad, pérdida, soledad, ambivalencia y culpa. Si la posición instrumental no está paralizada, funciona en base al *splitting* configurando los vínculos bueno y malo con sus respectivos objetos. Aquí aparece la fundamentación de una nosografía genética estructural y funcional en términos de localización de los dos vínculos en las tres áreas, con todas las variables que pueden existir. Por ejemplo, y a título de ilustración: en las fobias, agorafobia y claustrofobia, el objeto malo, paranoide o fobígeno, está proyectado en el área tres y actuando; esto configura la situación fóbica, donde tanto el objeto malo (fobígenoparanoide) como el objeto bueno, en forma de acompañante fóbico, están situados en la misma área. El paciente teme por un lado ser atacado por el objeto fobígeno, preservando por otro el objeto acompañante depositario de sus partes buenas, por medio del mecanismo de evitación. Así no se juntan, eludiendo la catástrofe que podría producirse ante el fracaso de la evitación. Toda una nosografía podría manifestarse en términos de área comprometida y valencia del objeto parcial. Esta nosografía, mucho más operacional que las conocidas, se caracteriza por la comprensión en la operación correctora en términos ya señalados y por su movilidad o

pasaje de una estructura a otra, constituyendo esto el cuarto principio que puede ser observado durante el enfermarse y durante el proceso corrector.

Continuidad genética y funcional. La existencia de una posición esquizoparanoide con objetos parciales, es decir, el objeto total escindido, presupone la existencia de una etapa previa en relación con un objeto total con el que se establecen vínculos a cuatro vías. La escisión o *splitting* se produce en el acto del nacimiento y todo vínculo gratificante hará considerar el objeto como bueno. Esto es lo que Freud llama (erradamente a mi juicio) instinto de vida (Eros), mientras que la otra parte del vínculo primario y de su objeto, sobre la base de experiencias frustradoras, se transforma en objeto malo, en un vínculo persecutorio, lo que de nuevo Freud considera como instinto, en este caso, instinto de muerte, agresión o destrucción (Thanatos). Como se ve, a mi entender, el instinto de vida o de muerte son ya una experiencia en forma de *comportamiento* donde lo social está incluido a través de momentos gratificantes o frustradores, produciéndose la inserción del niño en el mundo social. Ha adquirido a través de esas frustraciones y gratificaciones la capacidad de discriminar entre varios tipos de experiencias como primera manifestación de pensamiento, construyendo así una primera escala de valores. La división del objeto total tiene como motivación impedir la destrucción total del objeto, que al escindirse en bueno y malo configura las dos conductas primarias en relación con amar y ser amado y odiar y ser odiado, es decir, dos conductas sociales que determinan el comienzo del proceso de socialización en el niño que tiene un rol y un status dentro de un grupo primario o familiar. Retornando el punto de partida de la protodepresión, con la aparición del *splitting* como primera técnica del yo, nos introducimos en la posición esquizoparanoide descrita por Fairbairn y M. Klein en forma paralela a mis primeros trabajos sobre esquizofrenia.

Con la aparición de esta técnica defensiva se configuran dos vínculos una situación de objeto parcial en relación de *divalencia* (y no de ambivalencia como lo ha definido Bleuler), procesos de introyección y proyección, de control omnipotente, de idealización, de negación, etc. Teniendo en cuenta este concepto de posición esquizoparanoide es posible revisar el concepto de represión tan importante en la teoría psicoanalítica y punto de partida de la divergencia

entre Freud y P. Janet. Freud sostenía que el proceso de represión era una estructura única y característica en la génesis de las neurosis; Janet en cambio entendía que el proceso primario podía ser definido en términos de disociación. Pienso que el pleito queda resuelto al considerar que la represión es un proceso complejo que incluye la disociación o *splitting*, procesos de introyección y proyección y de control omnipotente, etcétera.

Por ejemplo, el fracaso de este último constituye lo que Freud llama la vuelta de lo reprimido, que es lo negado, lo fragmentado, lo introyectado y proyectado, pudiendo volver en cualquiera de las tres áreas o dimensiones fenoménicas donde la mente sitúa los vínculos y objetos para su mejor manejo. En este volver, lo reprimido es vivido por *el self* como lo extraño y lo alienado. La ansiedad dominante en la posición esquizoparanoide es la ansiedad persecutoria o paranoide de ataque al yo, como producto de una retaliación por la proyección de la hostilidad¹ que vuelve agigantada o realimentada como un *boomerang* sobre el propio sujeto. Esta ansiedad paranoide vuelve como si proviniera de objetos humanos o desplazamientos, depositarios de la hostilidad de la cual el yo se ha liberado por la proyección. A esta ansiedad, la única descrita con anterioridad, agrego la otra proveniente de las vicisitudes del *vínculo bueno* o dependencia de objetos depositarios de esta calidad de sentimientos. Las alternativas sufridas por este vínculo dan como producto otro tipo de ansiedad distinta de la persecutoria, con la cual, sin embargo, muchos la confunden: es el sentimiento de "estar a merced del depositario".

La ansiedad paranoide y el "sentimiento de estar a merced" (ansiedad depresiva de la posición esquizoide) son coexistentes y cooperantes en toda estructura neurótico normal. La antigua diferenciación entre ansiedad, angustia y miedo desaparece en la medida en que incluimos la dimensión de lo inconsciente o lo implícito. Las definiciones de ansiedad y angustia estaban viciadas por el concepto de relación anobjetal.

La posición esquizoparanoide se vincula con la creciente idealización del objeto bueno, consiguiendo el yo por medio de su técnica la preservación del objeto idealizado. A medida que se incrementa la idealización de lo bueno aumenta el control y el alejamiento de lo malo y persecutorio, convirtiéndose el primero en

¹ La hostilidad emerge como producto de la frustración.

un objeto invulnerable. Esta situación de tensión entre ambos objetos en distintas áreas hace necesaria la emergencia de una nueva técnica ante el carácter insoportable de la persecución: la negación mágica omnipotente.

Entre los demás procesos que operan debemos señalar la identificación proyectiva. En este mecanismo, el yo puede proyectar parte de sí mismo con distintos propósitos: por ejemplo, las partes malas para librarse de ellas así como para atacar y destruir el objeto (irrupción). Se puede también proyectar partes buenas, por ejemplo, para ponerlas a salvo de la maldad interna o mejorar el objeto externo a través de una primitiva reparación proyectiva. En este momento podemos comprender lo que llamo situación depresiva esquizoide o neurótica. Se produce por la pérdida del control del depositario y lo depositado. Esta depresión no debe ser confundida con la depresión de la posición depresiva básica. En ésta observamos la presencia de un objeto total, vínculos a 4 vías, *ambivalencia*, culpa, tristeza, soledad en relación con la imagen del propio sujeto. En la *depresión esquizoide* se observa el vínculo con un objeto parcial, con depositación de los aspectos buenos. Es una depresión vivida en el afuera, sin culpa, en una situación *divalente* y con sentimiento de estar a merced.

El sentimiento básico de la depresión esquizoide es la *nostalgia*. M. Klein la describió sin advertir su estructura diferenciada, cuando se refirió a la situación de despedida normal. La buena parte colocada en el objeto viajero o depositario se aleja de la pertenencia del yo. Éste queda debilitado, y a partir de ese momento no dejará de pensar en su destino; y si bien la preocupación manifiesta es por el depositario, su preocupación está vinculada al estado de las partes de él que se han desprendido, creándose una situación de zozobra permanente.

La nostalgia es algo distinto de la melancolía. El término es una condensación creada por Hofer de las palabras griegas *nostos* (νοστος) retorno- y *algos* - (αλγος) dolor.

El splitting permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. Está en la base de todo pensamiento, si consideramos que la discriminación es una de las primeras manifestaciones de este comportamiento del área 1.

Posición depresiva. La posición esquizoparanoide, al lograr un manejo exitoso de las ansiedades de los primeros meses, lleva

al niño pequeño a organizar su universo interno y externo. Los procesos de *splitting*, introyección y proyección le permiten ordenar sus emociones y percepciones, y separar lo bueno (objeto ideal) de lo malo (objeto malo). Los procesos de integración se hacen más estables y continuos, surgiendo un nuevo momento del desarrollo: la posición depresiva caracterizada por la presencia de un objeto total y un vínculo a 4 vías. El niño sufre un proceso de cambio súbito y la existencia de 4 vías en el vínculo le acarrea un *conflicto de ambivalencia*, de donde emerge la *culpa*. La maduración fisiológica del yo trae como consecuencia la organización de las percepciones de múltiple origen, así como el desarrollo y la organización de la memoria. La ansiedad dominante o miedo está referida a la pérdida del objeto, debido a la coexistencia en tiempo y espacio de aspectos malos (destructivos) y buenos, en la estructura vincular.²

Los sentimientos de duelo, culpa y pérdida forman el núcleo existencial junto a la soledad. La tarea del yo en este momento consiste en inmovilizar el caos posible o en comienzo, apelando al único mecanismo o técnica del yo perteneciente a esta posición, la inhibición. Esta inhibición precoz, más o menos intensa en cada caso, va a constituir una pauta estereotipada y un complejo sistema de resistencia al cambio, con perturbaciones del aprendizaje, la comunicación y la identidad. La regresión desde posiciones más altas del desarrollo a estos puntos disposicionales, que toman el contexto de lo que M. Klein llamó *neurosis infantil*, trae como consecuencia la reactivación de este estereotipo al que llamamos *depresión básica*, con paralización de las técnicas instrumentales de la posición esquizoide. Si el proceso regresivo del enfermarse consigue reactivar el *splitting* y todos los otros mecanismos esquizoides, con la reestructuración de dos vínculos con objetos parciales, uno totalmente bueno y otro totalmente malo, se configuran las estructuras nosográficas, según la ubicación de estos objetos en las distintas áreas.

A las dos posiciones descritas por M. Klein y Fairbairn -estructuras predominantemente espaciales- agregamos el factor temporal para construir la estructura tetradimensional de la mente. La situación patorrítmica se expresa en términos, velocidades o ritmos que constituyen *momentos* de estructuración patológica, que

² Que abarca al yo, al vínculo y al objeto.

van de la inhibición y lentificación de los procesos mentales al polo explosivo donde todo sucede con las características -y de allí tomarán su configuración- de las crisis coléricas infantiles. Si esta bipolaridad llega a predominar en la manera de ser y de expresarse de las ansiedades y de las técnicas del yo tendientes a controlarlas y elaborarlas, nos encontramos en el amplio campo de la enfermedad paroxística (epilepsia).

En la ecuación etiopatogénica de la neurosis y psicosis debemos considerar lo que acontece en el proceso del enfermarse y del recuperarse, durante la operación correctora con el psicoterapeuta, así como la reparación de los aspectos instrumentales del par aprendizaje-comunicación. Es esta perturbación, con antecedentes constitucionales, una estructura con vigencia en la posición depresiva del desarrollo, a la que se vuelve (partiendo de la depresión desencadenante) en el *proceso regresional*. La funcionalidad de este proceso debe ser descripta en términos de "volver al lugar donde las técnicas del yo fueron eficaces"; pero al inmovilizar y dificultar la estructura depresiva la hizo rígida, repetitiva (estereotipo), quedando en forma latente como posición básica. Esta estructura actuó como punto disposicional en el momento del desarrollo, y si bien se controló a los miedos básicos, quedó estancada como estructura prototípica que constituye el núcleo patogenético del proceso del enfermarse. Esto es lo que yo llamo depresión básica (depresión del desarrollo, más depresión regresional con aspectos de la protodepresión).

Denomino *depresión desencadenante* a la situación habitual de comienzo, cuyo común denominador fue expresado por Freud en términos de privación de logros vinculados al nivel de aspiración. Este factor puede ser retraducido cuando se estudia su estructura, en términos de depresión por pérdida o privación. No sólo en términos de satisfacción de la libido y su estancamiento, sino también en términos de privación de objeto, o situación donde el objeto aparece como inalcanzable por *impotencia instrumental* de origen múltiple. La imposibilidad de establecer un vínculo con el objeto acarrea primero fantasías de recuperación, donde lo fantaseado está en relación con los instrumentos del vínculo (ejemplo: caso del miembro fantasma en la amputación de un brazo; negación de la pérdida del miembro). Esto constituye la defensa inmediata frente a la pérdida, que sin embargo no resiste la confrontación con la realidad,

sumergiéndose entonces el sujeto en la depresión. Al imponerse la cruel verdad de la pérdida se inicia la regresión y elaboración del duelo que configuran la complejidad fenoménica y genética de la depresión regresional.

En síntesis, la estructura de la pauta depresiva de conducta está asentada en la situación de ambivalencia frente a un objeto total. De esta situación de ambivalencia surge la culpa (amor y odio frente a un mismo objeto, en un mismo tiempo y espacio). La ansiedad depresiva deriva del miedo a la pérdida real o fantaseada del objeto, el conflicto de ambivalencia, producto de un cuádruple vínculo (el sujeto ama y se siente amado, y odia y se siente odiado por el objeto) , paraliza al sujeto por su intrincada red de relaciones. La inhibición se centra en determinadas funciones del yo. La tristeza, el dolor moral, la soledad y el desamparo derivan de la pérdida del objeto, del abandono y de la culpa. Frente a esta situación de sufrimiento surge la posibilidad de una regresión a una posición anterior, operativa e instrumental para el control de la ansiedad de la posición depresiva. El mecanismo básico es la división del yo y sus vínculos, y la aparición del miedo al ataque al yo, ya sea desde el área 2 (hipocondría) o desde el área 3 (paranoia). Aparece también un miedo depresivo frente al objeto bueno depositado con sentimiento de estar a merced y nostalgia.

Las neurosis son técnicas defensivas contra las ansiedades básicas. Son las más logradas y cercanas a lo normal, y están alejadas de la situación depresiva básica prototípica. Las psicosis son también formas de manejo de las ansiedades básicas, así como la psicopatía. Las perversiones son formas complejas de elaboración de la ansiedad psicótica y su mecanismo se centra alrededor del apaciguamiento del perseguidor. El crimen es una tentativa de aniquilar la fuente de ansiedad proyectada desde el área 1 al mundo exterior, mientras que este proceso, internalizado, configura la situación de suicidio. La "locura" es la expresión de nuestra incapacidad para soportar y elaborar un monto determinado de sufrimiento. Este monto y nivel de capacidad son específicos para cada ser humano y constituyen sus puntos disposicionales, su estilo propio de elaboración.

Depresión iatrogénica. Denominamos depresión iatrogénica al aspecto positivo de la operación psicoterápica, que consiste en integrar al sujeto a través de una dosificación operativa de partes disgregadas

y hacer que la constante universal de *preservación de lo bueno y control de lo malo* funcione en niveles sucesivos caracterizados por un sufrimiento tolerable, por disminución del miedo a la pérdida de lo bueno y una disminución paralela al ataque, durante la confrontación de la experiencia correctora. En la adjudicación sucesiva de roles que en ella se realiza, el psicoterapeuta debe tener la plasticidad suficiente para asumir el rol adjudicado (transferencia), no actuándolo (*acting in* del terapeuta), sino retraduciéndolo (interpretación) en términos de una conceptualización, hipótesis o fantasía acerca del acontecer subyacente del otro, estando atento a su respuesta (emergente), que a su vez debe ser retomada en un continuo de hilo de Ariadna en forma de espiral. Recién ahora podemos formular lo que debe considerarse como unidad de trabajo, único método que por sus posibilidades de predicción se acerca más a un método científico de acuerdo con criterios tradicionales. Criterios que a su vez deben ser analizados para no caer víctimas de estereotipos que, actuando desde adentro del ECRO, de manera casi inconsciente, funcionan de parte del terapeuta como resistencia al cambio. La *unidad de trabajo* está compuesta por 3 elementos que representan el ajuste de la operación: existente-interpretación-emergente. El emergente es expresado en el contexto de la operación y tomado por el terapeuta como material. Cuando el contenido es escotomizado y luego actuado afuera por el paciente, configura el *acting out*, frente al cual no hay que emitir juicio según una ética formal sino funcional, relacionándolo con el aquí y ahora que incluye aspectos positivos vinculados con el aprendizaje de la realidad o la reparación de las comunicaciones. Si el terapeuta juzga al paciente en términos de bueno, malo, inmoral, etc., arriesga la posibilidad de comprensión del mismo.

En el proceso corrector, a través de fenómenos de aprendizaje y comunicación y sucesivos esclarecimientos, se disminuyen los miedos básicos y se posibilita la integración del yo, produciéndose la entrada en depresión y la emergencia de un proyecto o prospectiva que incluye la finitud como situación propia y concreta. Aparecen mecanismos de creación y trascendencia. La posición depresiva da entonces al sujeto oportunidad de adquirir identidad, base del *insight*, y facilita un aprendizaje de lectura de la realidad por medio de un sistema de comunicaciones, base de la información. En síntesis, los logros del penoso pasaje por la posición depresiva,

situación ineludible en el proceso corrector incluyen la integración que coincide con la disminución de los miedos básicos, reactivados por el proceso desencadenante, la disminución de la culpa y la inhibición, el *insight*, la puesta en marcha de mecanismos de reparación, creación, simbolización, sublimación, etc., que dan como resultado la construcción del pensamiento abstracto, el que por no arrastrar al objeto subyacentemente existente, resulta más útil, flexible, capaz de evaluaciones en términos de estrategia, táctica, técnica y logística de sí mismo y de los demás.

La planificación y prospectiva, junto con las últimas técnicas nombradas, constituyen lo que Freud llama proceso de elaboración que sigue al *insight*. Este proceso, una vez puesto en marcha, persiste aunque se interrumpa el vínculo con el terapeuta, continuándose la elaboración después del análisis (*after analysis*). Esto se da cuando el proceso corrector ha seguido una estrategia adecuada. Paradójicamente es el momento de los mayores logros de autoconducción. Con la depresión iatrogénica cerramos nuestro esquema de las 5 depresiones: protodepresión, del desarrollo, desencadenante, regresional, iatrogénica. Ellas constituyen el núcleo básico del acontecer de la enfermedad y la curación.

Retomando los componentes de la causación configuracional, después del principio de continuidad genética estructural y funcional a través de 5 depresiones, me referiré al cuarto principio: *movilidad e interacción de las estructuras*. Ya hemos señalado el carácter funcional y significativo de las estructuras mentales que adquieren la fisonomía de lo que llamamos enfermedad mental. Un análisis secuencial y estratigráfico nos prueba el carácter complejo y mixto de cada una de ellas diferenciándose unas de otras por el carácter dominante de la ubicación de los miedos básicos en cada área a través de vínculos significativos. Genéticamente se observan en el desarrollo, lo mismo que en el proceso del enfermarse y el proceso corrector. Las estructuras son instrumentales y situacionales en cada aquí y ahora del proceso de interacción. Las discusiones bizantinas de los psiquiatras se deben en gran parte a un malentendido, ya que la estructura que se vio en un momento de observación puede variar en tiempo y espacio, puesto que la relación vincular con el investigador determina la configuración de estructuras con ese carácter funcional, instrumental, situacional y vincular, figurando este último en relación con el tipo específico de codificación y decodificación, aprendizaje, etcétera.

Por ello sostenemos este principio en sus aspectos fenomenológico y genético, estructural y clínico. Quinto principio: *vínculo, rol, portavoz*: ya hemos definido el concepto de vínculo como una estructura compleja de interacción, no en forma lineal sino en espiral, fundamento del diálogo operativo, donde a cada vuelta hay una realimentación del yo y un esclarecimiento del mundo. Cuando esta estructura se estanca por el monto de los miedos básicos, se paralizan la comunicación y el aprendizaje, estamos en presencia de una estructura estática y no dinámica que impide una adaptación activa a la realidad.

El concepto de rol, incorporado a la psicología social y desarrollado por G. H. Mead, el gran precursor de esta disciplina, que basó todo su desarrollo en el concepto de rol, su interacción, el concepto de mí, de otro generalizado, que representaría el grupo interno como producto de una internalización de los otros, adolece, sin embargo, de una limitación que hemos resuelto incorporando, a la idea de grupo interno o mundo interno del sujeto, la internalización llamada ecológica. Consideramos que la internalización del otro no se hace como un otro abstracto y aislado, sino que incluye los objetos inanimados, el hábitat en su totalidad, que alimenta fuertemente la construcción del esquema corporal. A éste lo defino como la representación tetradimensional que cada uno tiene de sí mismo en forma de una *Gestalt-Gestaltung*, estructura cuya patología comprende los aspectos de la estructura temporoespacial de la personalidad.

La noción popular de "querencia" o "pago" va mucho más allá de las personas que la integran y eso se observa en las reacciones en las situaciones de migración: el miedo a la pérdida paraliza al migrador campesino en el momento en que tiene que asumir un rol urbano provocando su marginación. Retornando el concepto de rol, consideraremos algunas situaciones, las que se presentan con mayor frecuencia en los grupos operativos. El campo del grupo operativo está poblado por los roles prescriptos o puestos, que definimos en términos de pertenencia, afiliación, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé, que representados en forma de un cono invertido convergen como roles o funciones para provocar en la situación de tarea la ruptura del estereotipo.

Se puede decir que en el acontecer del grupo determinadas personas van a asumir estos roles correspondientes de acuerdo con

sus características personales; pero no todo se realiza en términos de una tarea positiva.

Otros roles, en cierta manera prescritos por su frecuencia, son asumidos por miembros del grupo, como los roles de portavoz, saboteador, chivo emisario y liderazgo, cuando alguno de los roles tiene mando: el líder autocrático, democrático, al que agregó el demagógico, cuya extraña ausencia en los investigadores llama la atención. Los miembros del grupo pueden asumir los roles consignados, y cuando la adjudicación o asunción del rol en el marco del puesto se realiza adecuadamente, su funcionalidad aumenta. Ciertos roles como el conspirador o saboteador son generalmente elegidos por el extragrupo introducidos en el intragrupo con una misión secreta de sabotear fundamentalmente la tarea y el esclarecimiento. Estas infiltraciones, en forma de conspiración, deben ser tomadas como un hecho natural y son las fuerzas que actúan desde afuera, introducidas en el adentro para sabotear el cambio, es decir, son representantes de la resistencia al cambio. Roles por delegación con a veces infinitos eslabones, pero que van a dar a otro grupo que, como grupo de presión, asume en la comunidad el rol de la resistencia al cambio y el oscurantismo.

El nivel de cooperación en los pequeños grupos puede ser operativo, pero también lo es sobre todo en grupos más grandes. Cuando los liderazgos toman un campo mayor a la identificación cooperativa se suma la identificación llamada cesariana, que puede jugar un rol en la historia cuando las situaciones grupales están en peligro o son incapaces de comprender el proceso histórico y cuando el miedo reactivado por situaciones de inseguridad y peligro se hace persecutorio. El movimiento regresivo dirigido por un líder cesariano trata entonces de controlar el grupo o tomar el poder. Las identificaciones de este tipo entre los miembros de un grupo o comunidad, masa y líder, conducen a la idea de que la desgracia que ha caído sobre la comunidad ha sido traída exclusivamente por una conspiración de ciertas personas o grupos, a quienes se les adjudica el rol de responsables y chivos emisarios. Pero es frecuente encontrar un hilo conductor que va del liderazgo al "chivato", donde ambos juegan una especie de *role-playing*, en el que uno es el bueno y el otro, el malo.

Situación triangular

El complejo de Edipo, tal como fuera descripto por Freud, con sus variantes negativas y positivas, puede ser comprendido de una manera mucho más significativa si recurrimos a su representación espacial en forma de un triángulo colocando en el ángulo superior al hijo, en el ángulo inferior izquierdo a la madre, y en el ángulo inferior derecho al padre.

Siguiendo la dirección de cada lado del triángulo tenemos una representación de 4 vínculos. Por ejemplo, el niño en un primer nivel ama y se siente amado por la madre; en un nivel subyacente odia y se siente odiado por su madre; en el lado contrario es la relación del niño con su padre, donde en un primer nivel odia y se siente odiado y en un segundo nivel ama y se siente amado. Lo que pocas veces es consignado es el parámetro que opera desde la vida prenatal. Es la estructura vincular entre madre y padre, donde uno ama y se siente amado por el otro, u odia y se siente odiado por el otro. Haciendo abstracción de los participantes, este vínculo tendría también 4 vías; pero en realidad, tomado desde ambos extremos, se complica aun más, porque tanto uno como otro adjudican roles y asumen roles partiendo de cada uno de los miembros de la pareja. Dependerá el monto de adjudicaciones y asunciones del rol de ser amado y ser odiado. Esta totalidad, verdadera jungla de vínculos, forma una totalidad totalizante, es decir, una *Gestalt* donde la modificación de uno de los parámetros acarrea la modificación del todo.

El 80 % de los trabajos que tratan del niño y sus vínculos se refieren a la relación con la madre; el padre aparece como un personaje escamoteado, pero por eso mismo operativo y peligroso. Es la noción del tercero, que definitivamente nos lleva a definir a la relación bipolar o vínculo como de carácter bicorporal pero tripersonal.

El tercero en la teoría de la comunicación está representado por el ruido, que interfiere en un mensaje entre emisor y receptor y que aplicado en cualquier situación de conflicto social volvemos a encontrarlo como estructura básica y universal. De cada ángulo parten, por desplazamientos sucesivos, personas que desempeñan roles semejantes en relación con edad y sexo; de esta manera nos apartamos progresivamente del endogrupo endogámico hacia el extragrupo exogámico, que representa la sociedad. En el endogámico

el tabú del incesto orienta las líneas de parentesco con sus prohibiciones y tabúes, y de esta manera pasamos de la psicología individual, con su situación endopsíquica, a la psicología social, que trata de las interrelaciones en el endogrupo o intragrupal, y finalmente a la sociología cuando tratamos de las interrelaciones intergrupales. Es el campo del exogrupo, ámbito específico de la sociología.

Si consideramos la función partiendo de estos parámetros podemos hablar de comportamiento económico, político, religioso, etc., en un nivel grupal o comunitario, cuyo análisis y evaluación se realiza partiendo de las 6 funciones descriptas: pertenencia y afiliación, cooperación y pertinencia, aprendizaje, comunicación y telé, cooperando en los niveles correspondientes a los campos de las ciencias sociales mencionadas y dirigidas hacia una situación de cambio que puede ser descripta en los niveles individual, psicosocial, comunitario y en la dirección de los comportamientos.

LA NOCIÓN DE TAREA EN PSIQUIATRÍA *
(en colaboración con el doctor A. Bauleo)

La noción de tarea en la concepción de psicología social que tratamos de propugnar permite una ubicación frente a la patología y a su vez una estructuración de líneas con las cuales accionar frente a ésta.

Para ello trataremos de establecer tres momentos, que son abarcados por esta noción: la pretarea, la tarea y el proyecto. Estos momentos se presentan en una sucesión evolutiva y su aparición y juego constante se pueden ubicar frente a cada situación o tarea que involucre modificaciones en el sujeto.

Iremos desarrollando cada uno de estos momentos, sabiendo desde ya que son proposiciones relativas a posiciones terapéuticas y como tales deben ser admitidas, es decir, como proposiciones.

En la pretarea se ubican las técnicas defensivas que estructuran lo que se denomina la resistencia al cambio, movilizadas por el incremento de las ansiedades de pérdida y ataque.

Estas técnicas se emplean con la finalidad de postergar la elaboración de los miedos básicos; a su vez, estos últimos, al intensificarse, operan como obstáculo epistemológico en la lectura de la realidad. Es decir, se establece una distancia entre lo real y lo fantaseado, que es sostenida por aquellos miedos básicos.

La pretarea también aparece como campo en el cual el proyecto y la resistencia al cambio serían las exigencias con signo opuesto y de creación de tensión; la búsqueda de salidas a esta tensión se logra a través de una figura transaccional, resolución

* 1964.

transitoria de la lucha: aparece el "como si" o la impostura de la tarea. Se hace "como si" se efectuara la labor especificada (o la conducta necesaria).

Los mecanismos defensivos actuantes en el momento de la pretarea son los característicos de la posición esquizoparanoide (M. Klein), instrumental y patoplástica (P.-Rivière); mecanismos que operan como medios de expresión y configuración de las estructuras patológicas (neurosis, psicosis, perversiones, etc.). Además es en esta pretarea donde se observa un juego de disociaciones del pensar, actuar y sentir, como formando parte también de los mecanismos antes enunciados.

Podemos estipular que el "como si" aparece a través de conductas parcializadas, disociadas, semiconductas -podríamos decir- pues las partes son consideradas como todos. Los aspectos manifiestos y latentes son imposibles de integrar en una denominación total que los sintetice.

Se nos presenta en esas semiconductas de la pretarea el problema de la *impostura*. Si la significación está reducida y el sujeto no presenta la opacidad que su presencia requiere, hay una cierta transparencia. En su cuerpo la decantación significativa se efectúa con falta de totalidad. 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 alienado.

Se entrega entonces a una serie de "tareas" que le permiten "pasar el tiempo" (mecanismo de postergación, detrás del cual se oculta la imposibilidad de soportar frustraciones de inicio y terminación de tareas y causando, paradójicamente, una frustración constante).

Los mecanismos de defensa son sólo elementos formales cuyo contenido (tarea y proyecto para cada sujeto) está disuelto en ellos. El sujeto aparece como una estructura más de aquellos mecanismos, y sus fines se agotan en cada manifestación.

Por lo tanto lo que se observa son maneras o formas de no entrar en la tarea.

El momento de la tarea consiste en el abordaje y elaboración de ansiedades y la emergencia de una posición depresiva básica, en la que el objeto de conocimiento se hace penetrable por la ruptura

de una pauta disociativa y estereotipada, que ha funcionado como factor de estancamiento en el aprendizaje de la realidad y de deterioro en la red de comunicación.

En la tarea, aquella posición depresiva requiere elaboración, proceso cuya significación central está en el hacer "consciente lo inconsciente" y en el cual se observa una coincidencia total de las distintas áreas de expresión fenoménica.

El sujeto aparecería con una "percepción global" de los elementos en juego, con la posibilidad de manipuleo sobre ellos y con un contacto con la realidad en el cual, por un lado, le es accesible el ajuste perceptivo, es decir, su ubicación como sujeto, y por el otro lado puede elaborar estrategias y tácticas mediante las cuales intervenir en las situaciones (proyecto de vida), provocando transformaciones. Éstas modificarán a su vez la situación, nueva entonces para el sujeto, con lo cual comienza otra vez el proceso (modelo de la espiral) .

En el pasaje de la pretarea a la tarea, el sujeto efectúa un salto, es decir, previa sumación cuantitativa de *insight* realiza un salto cualitativo durante el cual se personifica y establece una relación con el *otro* diferenciado.

En el contexto de la situación terapéutica, correctora, la situación transferencial y contratransferencial ocurre principalmente en el ámbito de la pretarea del sujeto. Si el terapeuta confunde la pretarea con la tarea, entra en el juego de la neurosis transferencial y actúa en ella. La tarea del terapeuta se convierte en pretarea, al tener él mismo resistencia a entrar en su tarea específica, por eludir el problema esencial del hacerse cargo, del "compromiso", del ser consciente y el proyecto. (Resistencias ideológicas a la praxis.)

Resulta así que las nociones de pretarea, tarea y proyecto aparecerían como elementos para ubicar una actitud terapéutica.

Sería esquemático resumir bajo la noción. de lo que implique modificación en doble dirección (desde el sujeto y hacia el sujeto), involucrando así un vínculo.

De lo que se trata es de ubicar una noción que englobe, al mirar a un sujeto, su relación con los otros y con la situación. La noción "trabajo" tiene la connotación ideológica de ser hecho por alguien modificando algo. Su indeterminación hace que concepciones filosóficas, teológicas, metafísicas, hayan hablado de él. Para

nosotros también es un elemento ideológico, pero su inclusión en nuestra concepción psicosociológica tiene por fin, como dije antes, elaborar con esquemas adecuados ciertas situaciones prácticas. El establecer pretarea, tarea y proyecto como momentos situacionales de un sujeto nos permite un acercamiento y una diagnosis de orientación. Pues en cada uno de esos momentos nos configura un pensar, un sentir y un accionar, cuyo distingo es central para toda terapia. Mas esto a su vez nos lleva a pensar que si ubicamos al sujeto en cada una de esas situaciones, en dirección a alguien con quien está relacionado, no va a ser necesario establecer el por qué y para qué de la situación total y de cada momento particular. Y es así como en la situación general y frente a nosotros como observadores, que tenemos luego que accionar sobre esos mecanismos, el por qué y para qué de la situación se nos presenta así:

<i>Por otros</i>		<i>Para otros</i>
Etiopatogenia	Diagnóstico Profilaxis	Profilaxis Tratamiento

Por último diremos que establecer pretarea, tarea y proyecto consiste en la búsqueda de nociones que, partiendo del supuesto de hombre en situación (Lagache), permitan establecer mejor la relación entre ambos términos del supuesto y a su vez poder operar en un campo práctico.

PRAXIS Y PSIQUIATRIA *

1) *La praxis de la higiene mental, tarea esencialmente social, se nutre de las principales teorías provenientes de distintas posturas ideológicas. ¿Cuál es según su esquema referencial el aporte del mismo a la higiene mental?*

Me llama la atención el uso de un lenguaje que entra en flagrante contradicción con el aspecto de la semántica y de la tarea. Al preguntar si la praxis de la higiene mental, tarea esencialmente social, se nutre de las principales teorías provenientes de distintas posturas ideológicas, podríamos contestar diciendo que no existe una praxis de la higiene mental. Quizás haya una confusión entre métodos de higiene mental. De todas maneras, aunque el problema formal está lleno de malentendidos, "tarea esencialmente social" centra el problema no sobre los métodos de la HM, sino sobre los métodos o estrategias de cómo cambiar la estructura socioeconómica de la cual emerge un enfermo mental. Para mí, y hace más de 20 años que lo vengo sosteniendo, el enfermo mental es el portavoz de la ansiedad y conflictos del grupo inmediato, es decir, del grupo familiar. Y estas ansiedades y conflictos que son asumidos por el enfermo son de orden económico y terminan por acarrear un sentimiento crónico de inseguridad, un índice de ambigüedad considerable y sobre todo un índice de incertidumbre también crónico, sometido a zigzags de acuerdo con la situación histórica de cada momento. El paciente, si uno lo analiza detenidamente, está denunciando, es el "alcahuete" de la subestructura de la cuál él se

* Reportaje aparecido en la *Revista Latinoamericana de Salud Mental*, 1966.

ha hecho cargo y que trae como consecuencia el empleo de técnicas de marginalidad o segregación (internación en hospital psiquiátrico) donde en un interjuego implícito, pero por supuesto no explícito, el psiquiatra asume el rol de resistencia al cambio, es decir de la cronicidad del paciente. Él está inexorablemente comprometido en la situación y de esa manera es leal a su clase social. Podríamos llegar a una interpretación más profunda con el riesgo de atraer el rechazo de los psiquiatras como comunidad si empleamos la palabra símbolo, ya que algunos creen que fue una invención de Freud. El enfermo mental, entonces, es el símbolo y depositario del aquí y ahora de su estructura social. Curarlo es transformarlo o adjudicarle un nuevo rol, el de "agente del cambio social". Así estamos en plena militancia, todo el mundo está comprometido a través de una ideología con revestimientos científicos. En cuanto a las principales teorías provenientes de distintas "posturas", son simplemente ideologías. La psicoterapia tiene como finalidad esencial la transformación de una situación frontal en una situación dialéctica que sigue un curso en forma de espiral permanente, a través de una tarea determinada. Allí sí encontramos el verdadero sentido de praxis donde teoría y práctica se realimentan mutuamente a través de este decurso, dando como resultado la creación de un instrumento operacional que configura una situación que podríamos denominar "operación esclarecimiento". Lo que llamamos ECRO, *esquema conceptual, referencial y operativo*, es el producto de síntesis de corrientes aparentemente antagónicas, pero sobre todo ignoradas, situación que crea, por ejemplo, por ignorancia sobre psicoanálisis, un clima somnoliento y de bizantinismo. Como final de esta respuesta diré que el psiquiatra en general tiene todas las características de una personalidad autoritaria etnocéntrica que piensa siempre en términos absolutos y no dialécticos; y en los que aparentemente piensan en esta forma dialéctica, sus planteos llegan a estereotiparse de tal modo "como si lo hubieran estudiado de memoria", transformándose paradójicamente en personas que debiendo haber adquirido flexibilidad y personalidad democrática, se comportan de la misma manera que los primeros, en forma autoritaria, absoluta, sin aperturas, llegando algunos de ellos a situarse en la más cobarde de las posiciones que cuesta pronunciar y que se titula *eclecticismo*.

2) *¿Se complementan estas ideas con las provenientes de otras escuelas?*

Si el hombre es considerado como un ser total y totalizante en pleno desarrollo dialéctico, las ideas con las que se propone actuar sobre él son emergentes de las propias contradicciones del paciente y absorbidas por el terapeuta, configurándose una situación alienada y realimentada por ambos personajes. Toda comprensión del paciente mental debe partir de la comprensión vulgar, es decir, de una psiquiatría de la vida cotidiana. El grado de profundidad al que se puede llegar dependerá del instrumental operacional y situacional empleado por cada psiquiatra, ya que al fin de cuentas no existen pronósticos en relación con enfermedades, sino pronósticos en relación con cada terapeuta.

3) *¿Considera posible el trabajo en común de investigadores de distintas ideologías científicas en el campo de la salud mental?*

Soy un veterano de la investigación grupal siempre que el grupo sea manejado con técnicas operativas centradas en la tarea (la enfermedad mental) y no se gaste el tiempo de la tarea en el ping-pong de la pretarea, en las discusiones interminables sobre ideologías científicas. La tarea debe estar centrada en cómo lograr una mayor salud mental en una comunidad específica situada en el tiempo y el espacio.

4) *En el campo concreto de la praxis, y de acuerdo con sus principios teóricos y experiencias, ¿qué medidas prácticas considera oportunas para una educación sanitaria en higiene mental?*

Trataría primeramente de que el aprendiz de psiquiatría entendiera el sentido real de la praxis y no lo disocie en campos concretos y principios teóricos. El mejor medio didáctico para formar psiquiatras es que la tarea esté centrada no en la enfermedad mental, sino en la salud mental. El término higiene está viciado de un materialismo ingenuo y los grupos de trabajo, lo repetimos, deben estar centrados en los factores que condicionan un cierto modo de salud mental (no en forma absoluta salud mental como

valor tope y absoluto). Se trata de cantidades de salud mental que a través de saltos dialécticos transforman la cantidad en calidad, ya que la salud mental se mide sobre todo en términos de calidad de comportamiento social y sus causas de mantenimiento o deterioro están relacionadas con situaciones sociales como los factores socioeconómicos, estructura de familia en estado de cambio y sobre todo en ese índice de incertidumbre que se hace persecutorio y que perturba el comportamiento social, ya que lo que se quiere lograr es una adaptación activa a la realidad donde el sujeto, en la medida en que cambia, cambia la sociedad que, a su vez, actúa sobre él en un interjuego dialéctico en forma de espiral, donde en la medida en que se realimenta en cada pasaje realimenta también la sociedad a la que pertenece. Aquí está el error más frecuente al considerar que un paciente está "curado" cuando es capaz de apenas cuidar su aseo personal, adoptar buenas maneras y sobre todo no dar muestras de rebeldía. Este último sujeto, desde ya, con su conducta pasiva y parasitaria, sigue afiliado a la alienación.

5) ¿Cuál es su opinión con respecto a una orientación en higiene mental en relación con las estructuras socioeconómicas y culturales?

Creo que en mis opiniones anteriores están más implícitas las respuestas a esta pregunta. Lo que a su vez me hace preguntar a mí: ¿Es posible que haya algún psiquiatra que dude todavía de esto?

FREUD: PUNTO DE PARTIDA DE LA PSICOLOGIA SOCIAL *

Sigmund Freud señala claramente su postura frente al problema de la relación entre psicología individual y psicología social o colectiva en su trabajo *Psicología de las masas y análisis del yo*. Dice en la introducción de este libro, en general tan mal comprendido: "La oposición entre psicología individual y psicología social o colectiva, que a primera vista puede parecernos muy profunda, pierde gran parte de su significación en cuanto la sometemos a un más detenido examen. La psicología individual se concreta, ciertamente, al hombre aislado e investiga los caminos por los que el mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, pero sólo muy pocas veces y bajo determinadas condiciones excepcionales, le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes. *En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, 'el otro' como modelo, objeto, auxiliar o adversario y de este modo la psicología individual es al mismo tiempo y desde el principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado.*"

Se refiere luego Freud a las relaciones del individuo con sus padres, con sus hermanos, con la persona objeto de amor y con su médico, relaciones éstas que han sido sometidas a la investigación psicoanalítica y que pueden ser consideradas como fenómenos sociales. Estos fenómenos entrarían en oposición con aquellos denominados

*1965.

narcisísticos por Freud (o autísticos, por Bleuler). Podemos observar, de acuerdo con los aportes de la escuela de Melanie Klein, que se trata de relaciones sociales externas que han sido internalizadas, relaciones que denominamos vínculos internos, y que reproducen en el ámbito del yo relaciones grupales o *ecológicas*. Estas estructuras vinculares que incluyen al sujeto, el objeto y sus mutuas interrelaciones, se configuran sobre la base de experiencias precocísimas; por eso excluimos de nuestros sistemas el concepto *de instinto*, sustituyéndolo por el de *experiencia*. Asimismo, toda la vida mental inconsciente, es decir, 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.

Freud insiste en la necesidad de una diferenciación de los grupos, pero afirma que de todas maneras las interrelaciones entre individuos siguen existiendo, y que no es necesario apelar para su comprensión a la existencia "de un instinto social primario e irreductible pudiendo los comienzos de su formación ser hallados en círculos más limitados, por ejemplo, en la familia".

En otro párrafo Freud dice: "Basta con reflexionar que el yo entra, a partir de este momento, en la relación de objeto con el ideal del yo por él desarrollado, y que, probablemente, todos los efectos recíprocos (que pudiéramos señalar como *regidos por el principio de acción recíproca funcionando en forma de espiral*) desarrollados entre el objeto y el yo total, conforme nos lo ha revelado la teoría de las neurosis, se reproducen ahora dentro del yo."

Este conjunto de relaciones internalizadas en permanente interacción y sufriendo la actividad de mecanismos o técnicas defensivas constituye el *grupo interno*, con sus relaciones, contenido de la fantasía inconsciente.

El análisis de estos párrafos nos muestra que Freud alcanzó por momentos una visión integral del problema de la interrelación hombre-sociedad, sin poder desprenderse, sin embargo, de una

Podríamos objetar aquí que tal oposición no existe por cuanto todo narcisismo es secundario, en la medida en que en el vínculo interno, que puede tener una apariencia narcisística, el objeto ha sido previamente introyectado. Es decir, que al darse una estructura vincular, "el otro", el objeto, está siempre presente a través de dicho vínculo, aunque sea escamoteado bajo la apariencia de un narcisismo secundario.

concepción antropocéntrica, que le impide desarrollar un enfoque dialéctico.

Pese a percibir la falacia de la oposición dilemática entre psicología individual y psicología colectiva, su apego a la "mitología" del psicoanálisis, la teoría instintivista y el desconocimiento de la dimensión ecológica le impidieron formularse lo vislumbrado, esto es, que *toda psicología, en un sentido estricto, es social.*

EMPLEO DEL TOFRANIL EN PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL

Mi contribución a este Coloquio Internacional sobre Estados Depresivos trata del *uso instrumental y situacional* de una droga antidepresiva (Tofranil), empleada durante el transcurso de tratamientos psicoterápicos individuales y grupales. El objetivo principal del uso de la droga es facilitar la *movilización* de estructuras o pautas estereotipadas (estereotipos) que se presentan y operan con las características de *resistencias* al progreso del proceso terapéutico. Las ansiedades frente al cambio o aprendizaje, de tipo depresivo y paranoide, promueven la estructuración del estereotipo ("más vale pájaro en mano que cien volando"). La *oportunidad* de un coloquio sobre estados depresivos se fundamenta en el hecho de que por fin la psiquiatría aparece progresivamente centrándose alrededor de la génesis, estructura y vicisitudes de una *situación depresiva básica*. Creo necesario esclarecer previamente en términos generales el texto y contexto del marco o esquema de referencia con el cual pienso y opero. Haré entonces, primero, una rápida crónica del desarrollo biográfico de dicho esquema referencial.

I

Construcción de un esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO)

Mis investigaciones sobre una *situación depresiva básica (1938)* partieron de dos campos o marcos de trabajo en continua interacción:

Acta Neuropsiquiátrica Argentina, 6, 1960

1) de una práctica continua como psicoterapeuta de casos individuales y de grupos, y 2) de una larga experiencia paralela a la anterior y combinada a menudo con ella, empleando tratamientos biológicos: shock hipoglucémico, convulsoterapia, sueño prolongado, etcétera. En el año 1946 publiqué la primera síntesis personal sobre una teoría general de las neurosis y psicosis introduciendo los conceptos de *pluralidad fenoménica*, de *unidad funcional genética* (enfermedad única) y de *policausalidad*.

Sostenía entonces: "A través del psicoanálisis de esquizofrénicos y epilépticos y apoyado por las observaciones realizadas durante los tratamientos biológicos se nos hizo evidente *un núcleo psicótico central*, bien delimitado, y del cual parten todas las otras estructuras como maneras o tentativas de resolver dicha situación básica. Esta situación está configurada con los elementos que caracterizan el estado depresivo, con sus conflictos y mecanismos específicos", " ... que la situación así establecida ... situación básica de las psicosis y configurada en el sentido de una estructura melancólica, es el punto de donde se inicia la elaboración de otras situaciones que van a configurar todos los otros tipos clínicos descriptos. En términos generales podríamos decir que ésta *es la única enfermedad; todas las demás estructuras son tentativas que hace el yo para 'deshacerse de esa situación depresora básica . . .'*. Creada esta situación penosa el yo tiende a librarse de ella apelando a un nuevo mecanismo de defensa que es la *proyección*. Si es proyectada en el cuerpo se configura la *segunda estructura, que es la hipocondríaca*. Todo lo que el hipocondríaco dice de sus órganos es una transposición de la situación anterior, pudiendo decirse que, mientras el *melancólico es un sujeto perseguido por su conciencia, el hipocondríaco lo es por sus órganos* ... Si la proyección se hace en el exterior se configura la *tercera estructura: la estructura paranoide* ... A la fórmula ya expresada de que el melancólico es un sujeto perseguido por su conciencia y el hipocondríaco por sus órganos, agregaremos que el paranoide lo es por sus enemigos interiores proyectados" (3, 4, 5).

Indagaciones posteriores en continuidad con éstas me permitieron la construcción de un esquema conceptual, referencial y operativo cuyas características podemos definir así a grandes rasgos:

1) *La respuesta depresiva* debe ser considerada como pauta total de conducta frente a situaciones de frustración, pérdida, privación,

teniendo además un carácter unitario en su aparición, estructura y función.

2) Una *situación depresiva* infantil está incluida en el desarrollo normal (M. Klein, [2], junto con otras situaciones, *esquizoide* y *epileptoide*).

3) La *situación depresiva básica* opera en el desarrollo de toda enfermedad mental (situación *patogénica vivencial*). El factor disposición puede ser expresado en términos de *grados de fracaso en la elaboración de la situación depresiva infantil* (duelo). La regresión, durante el proceso de la enfermedad, reactiva la posición depresiva infantil (situación patogénica), así como promueve el empleo de la posición *esquizoide* (situación patoplástica e instrumental), tanto como la situación *epileptoide* (situación patorrímica temporal).

4) Otra situación depresiva debe ser descripta, y es aquella que está incluida en todo proceso *terapéutico*. La resolución de las divisiones o escisiones del yo y de sus vínculos, es decir, el proceso de integración, sólo es posible a través de este nuevo pasaje por una situación depresiva (grado de *insight* conseguido; es la consecuencia junto con el proceso de re-disociación).

5) La estructura de la pauta de reacción incluye al *conflicto de ambivalencia* frente a un objeto total. De esto surge el sentimiento de culpabilidad y la inhibición o lentificación de determinadas funciones del yo. La tristeza, el dolor moral, el sentimiento de soledad y desamparo derivan de la pérdida de objeto y de la culpa. La posibilidad de *reparar* y *sublimar* están seriamente impedidas.

6) Frente a esta situación de sufrimiento surge la posibilidad de una regresión a una posición anterior, *operativa e instrumental*, para el control de la ansiedad (situación esquizoide). El mecanismo básico aquí es la división o *disociación (split)* del yo y de sus vínculos, con la consiguiente emergencia de la ansiedad paranoide que reemplaza a la culpa. La situación epileptoide y patorrímica señala las formas en que el tiempo se manifiesta a través del manejo de las *ansiedades básicas* o miedos.

7) *Las neurosis* son técnicas defensivas contra ansiedades básicas, psicóticas. Dichas técnicas son las más logradas y cercanas a lo normal y están alejadas de la situación depresiva básica prototípica. *Las psicosis* son también formas de manejo menos

exitosas que las anteriores, lo mismo que las *psicopatías*, donde priva el mecanismo de delegación. *Las perversiones* se manifiestan como formas complejas de elaboración de las ansiedades psicóticas y su mecanismo general se centra alrededor del *apaciguamiento del perseguidor*. *El crimen* constituye la tentativa de aniquilar la fuente de ansiedad máxima proyectada en el mundo externo; mientras que este proceso centrado en el propio sujeto configura la conducta *suicida*.

8) El *sufrimiento* inherente a la posición depresiva está vinculado al incremento del *insight* (autognosis), es decir, al conocimiento y comprensión de la realidad psíquica interna y externa. El fracaso de la elaboración de la posición depresiva (duelo), además de las consecuencias señaladas, acarrea inevitablemente el predominio de defensas que entrañan el bloqueo de las emociones y de la actividad de la fantasía. Impiden sobre todo la aparición de un cierto grado de autognosis necesario para una buena adaptación a la realidad. (Las defensas *maníacas* que emergen en ciertos casos condicionan la superficialidad manifestada por el yo, impidiendo de esta manera su fortalecimiento y profundización durante el proceso terapéutico.)

9) Sostiene Rickman (6) que *no existe una psiquiatría sin lágrimas* y que es mejor enfrentar concretamente lo relacionado con la vivencia depresiva sin, por supuesto, descuidar otros aspectos en relación con el proceso de progresión. Además, en el contexto de toda psiquiatría dinámica *la indagación y el proceso terapéutico son inseparables*. El paciente, dice Rickman, sólo podrá revelarnos los más profundos niveles de su sufrimiento a condición de experimentar, al mismo tiempo que acontece el proceso de indagación, un alivio de su propio sufrimiento debido al proceso mismo de esta indagación (tenemos aquí un modelo de lo que se denomina indagación activa operativo dentro del campo de la psicología).

10) Este esquema referencial fue completado después con el *encuadre grupal* de la situación depresiva, así como con las nociones de portavoz de la ansiedad del grupo (el paciente), pauta grupal estereotipada, depresión básica grupal, grupo operativo, coincidencia del proceso de comunicación, esclarecimiento, aprendizaje y capacitación centrada en la tarea y el proceso terapéutico. Una espiral dialéctica señala la dirección de este complejo proceso.

II

Psicoterapia individual y Tofranil (uso instrumental y situacional de la droga)

H. Azima (1950) ha estudiado en particular las modificaciones psicodinámicas provocadas por la administración de Tofranil, tratando de encontrar una explicación de los efectos de esta droga. Observó lo siguiente: 1) Un cambio en la dirección de las preocupaciones. Estas pasan de los objetos internos a los externos. 2) Una disminución del sentimiento de culpabilidad. 3) Una orientación diferente de los impulsos agresivos y en ciertos casos su liberación bajo la forma de explosiones agresivas. 4) Una reorganización secundaria de las cargas de objeto. 5) Euforia y conducta hipomaniaca en pacientes clasificados como maníacos depresivos. 6) Necesidad de cierta intensidad de la depresión para la obtención de estos efectos; las ligeras manifestaciones depresivas no son influidas por el Tofranil. 7) Disminución de la necesidad de beber alcohol. 8) Un cambio centrado únicamente sobre el estado depresivo. 9) Ninguna modificación de las características básicas de la personalidad, anteriores al estado depresivo (1).

Apoyado en estas observaciones, Azima pone en evidencia una mutación del equilibrio de la agresividad en relación al superyó. Esta reorganización trae como consecuencia una sedación del estado depresivo, pero este cambio en el equilibrio psicodinámico parece ser transitorio y necesita, además, para producirse, una cierta intensidad de depresión.

El Tofranil representa hasta ahora el único timoléptico y, como consecuencia, nuevas orientaciones en psicofarmacología. Al mantener el humor y elevar el impulso vital, desarrolla una acción selectiva sobre el *núcleo central* de la depresión, sin los efectos de un sedante o de un estimulante o euforizante.

La indagación sobre la acción de esta droga antidepresiva (Tofranil) -que realicé con ayuda de mis colaboradores, los doctores F. Taragano, G. Vidal, A. Marranti y A. Benchetrit- tenía como marco de referencia la consideración de la situación depresiva básica ya descripta. También se incluyó el concepto de que la enfermedad lleva implícita como causa o consecuencia una perturbación del aprendizaje y de la comunicación.

El monto de ansiedad predominantemente *depresiva* sería responsable de la *pauta* estereotipada de conducta anormal. La *ansiedad ante el cambio*, hecho posible por la acción específica del esclarecimiento, provoca por otro lado la *resistencia al cambio*, que se denomina en términos generales reacción terapéutica negativa. El *Tofranil* obra bajando el monto de *agresión, de ansiedad, de ambivalencia y de culpa*. De esta manera su acción posibilita un cambio producido por el esclarecimiento del campo de trabajo. Se produce la apertura de un círculo vicioso anterior, creándose las condiciones para la emergencia de una espiral dinámica de aprendizaje y comunicación. La transferencia negativa disminuye (al disminuir la hostilidad) y la tarea entre paciente y psicoterapeuta se orienta hacia un nivel de mayor integración. *La vivencia de monotonía o estereotipia se hace consciente en su estructura y motivaciones*. Se observa un gran progreso en el insight y el paciente llega a vivenciar la entrada en una posición depresiva necesaria a todo tratamiento realmente eficaz. De distintas maneras expresa que *siente que cosas dispersas comienzan a juntarse, que cobran vida y ahora las entiende mejor* (integración).

Para ilustrar esta situación prototípica de todo tratamiento tomaré el caso analizado por uno de mis colaboradores, el Dr. Guillermo Vidal. Se trata de una enferma de 35 años, casada, que consulta por depresiones periódicas, invernales casi siempre, coincidentes con la estación del año en que su marido viaja más. Su primer episodio depresivo ocurrió como consecuencia del primer parto. De ordinario duraban de 3 a 4 meses. Se le hizo varias veces insulina y *electroshock*. Comienza su tratamiento psicoanalítico en *mayo de 1959*, en un estado de depresión leve. Tras unas cortas vacaciones, en julio, sobreviene la *sexta crisis depresiva*. La depresión se desarrolla lenta y progresivamente, acompañándose de una *gran inhibición* psicomotriz. La enferma se muestra *impermeable a las interpretaciones* que se le hacen. Es de notar el tono plañidero y *monótono* con que habla. Dice: "Yo me siento muy mal." "Yo no puedo ni levantarme de la cama." "Me resulta imposible trabajar." "Quiero ayudar a mis hijas, y no puedo." "*No puedo, no puedo*", repite insistentemente. *Como el cuadro se agrava ostensiblemente* y la enferma apenas puede concurrir a la consulta, el terapeuta decide administrarle *Tofranil* en dosis progresivas hasta 5 grageas diarias. Esto fue

un viernes; al día siguiente, sábado, no se registraron mayores variantes. Pero el lunes, cuando ya había tomado 8 grageas, la enferma aparece cambiada. Dice: "*No sé lo que me pasa. Es como si no pudiera seguir estando triste. O es que ahora estoy triste, pero no angustiada. Me siento simplemente cansada. No puedo precisar bien lo que me está pasando.*" Con cierta extrañeza asiste a su propio acontecer. Dos días después la transformación es bien manifiesta; lo expresa así: "Doctor, hoy me siento bien." "Fíjese que ayer de noche pude cohabitar con mi marido, y en forma natural (la enferma era frígida), cosa que nunca había ocurrido antes ..."
"Además me pasa una cosa extraña, y es que ahora *es como si comprendiese de golpe todo lo que Ud. me dijo antes, en el curso del análisis, y que las cosas dispersas se juntaran todas y cobrasen vida y yo las entendiera mejor.* No sé francamente lo que me pasa."

A la semana de *iniciado el tratamiento* con Tofranil la paciente se halla prácticamente recuperada, mejor aun que durante los intervalos anteriores, con la *vivencia* de que ha comprendido muchas cosas (*insight*) y de que ella es otra mujer. Diríase que, súbitamente, *hubiera cristalizado* el efecto de *cinco meses de tratamiento psicoanalítico*. La enferma tomó en total 100 grageas de Tofranil.

III

Psicoterapia grupal (grupo familiar). Uso instrumental y situacional del Tofranil

La locura es la expresión de nuestra incapacidad para soportar y elaborar un monto determinado de sufrimiento. Este nivel de tolerancia es específico para cada uno de nosotros y depende en gran medida de la dificultad relativa de superar la depresión infantil básica, tejida de frustraciones, aspiraciones, demandas biológicas excesivas, provocando la emergencia de la agresión (rabietas), ansiedades depresivas y paranoides (los miedos), la ambivalencia, la culpa, inhibiciones, etcétera.

La emergencia de una neurosis o psicosis en el ámbito de un grupo familiar significa que un miembro de este grupo asume un rol nuevo, se transforma en el *portavoz* o *depositario*

de la ansiedad del grupo. La estructura grupal se altera, suceden perturbaciones en el sistema de adjudicación y asunción de roles, aparecen mecanismos de segregación del enfermo, dependiendo en gran medida el pronóstico del caso de la intensidad de estos mecanismos de segregación. *El enfermo es alienado por su grupo inmediato.*

Una determinada *inseguridad social* se ha instalado en el seno del grupo. Esta inseguridad está ligada a ansiedades *frente al cambio*. Estas ansiedades son de dos tipos tal como consignamos con anterioridad: ansiedad depresiva, expresada como temor o miedo a la pérdida de un status determinado, y ansiedad paranoide frente a las nuevas condiciones de vida o miedo al ataque. La pauta estereotipada se configura después de la emergencia de la enfermedad en uno de sus miembros. Constituye un mecanismo de seguridad patológico; es un sistema en círculo cerrado. Y un sistema de realimentación entra al servicio de la pauta estereotipada.

El sistema de *interrelaciones del grupo familiar* sigue un modelo básico triangular: el sujeto, la madre y el padre, o sus sustitutos, a quienes se les adjudican determinados roles que ellos asumen. Los hermanos, según el sexo, se agruparán en el contexto del rol materno o paterno. Distorsiones en este sistema hacen surgir una serie de perturbaciones y *malentendidos*.

Es en este ámbito o campo donde la enfermedad de uno de los miembros del grupo debe ser comprendida y esclarecida. Este grupo *estereotipado* y poco productivo se transformará con el uso de determinadas técnicas en el *instrumento mismo* de la *operación correctora*. La técnica empleada es la que denominamos *grupos operativos de esclarecimiento*, de aprendizaje, de capacitación o tarea que actúa como proceso terapéutico. La tarea está centrada en la curación del enfermo. Una nueva red de comunicaciones se configura. Y esto posibilita el cambio y el aprendizaje consecuente. La ansiedad global asumida por el paciente se fragmenta de nuevo y cada miembro del grupo se hace cargo de una parte de ella. *El grupo se transforma en una empresa cuyo negocio es la curación de uno de sus miembros a través del esclarecimiento de todos.*

Pero de nuevo, como en el análisis individual, nos encontramos con que la pauta estereotipada básica asienta en la situación

depresiva. Si la ansiedad incluida en dicha pauta es demasiado intensa, la resistencia al cambio (reacción terapéutica negativa) se estructura; el tratamiento se estanca, apareciendo serias dificultades en el manejo de la situación global. Es en este momento cuando incluimos de una manera instrumental y situacional una droga (Tofranil) que es administrada a todo el grupo a la vez con el objeto de disminuir el estado de *tensión grupal* proveniente de la situación depresiva, estereotipada.

Señalaré ahora los lineamientos generales de este método de psicoterapia grupal, tomando como unidad de trabajo el *grupo familiar* con la inclusión de una variable, una droga administrada a todo el grupo. El principio general -como ya lo señalé- es el que todo sujeto que enferma psíquicamente es porque ha asumido un rol particular, y en cierta medida operativo, dentro del grupo familiar, al transformarse en el *portavoz y depositario de la ansiedad* del grupo. De esta manera, al adjudicarle el grupo familiar ese rol y al asumirlo él, se consigue un efecto que puede expresarse como superación de la situación de caos subyacente. El grupo es transformado a través de la *tarea* psicoterápica en un verdadero grupo operativo donde, en base a esclarecimientos progresivos, hay un reajuste en los roles, una mayor *heterogeneidad* en sus miembros y una mayor *homogeneidad* en la tarea.

Las técnicas empleadas por el coordinador o terapeuta del grupo consisten en crear, mantener y fomentar la comunicación, que va adquiriendo un desarrollo progresivo en forma *de espiral*. De esta manera el grupo aprende, se comunica, opera y se alivia de la ansiedad básica.

El esclarecimiento familiar que sucede a veces en forma de "revelaciones" tiende a disminuir progresivamente el *malentendido básico* existente en el grupo. Los sistemas referenciales, las ideologías, comienzan a tener una importancia particular en este análisis grupal; la reducción del *índice de ambigüedad*, debido a la resolución de contradicciones intragrupalas (*análisis dialéctico*), constituye una de las tareas principales del grupo. El *esquema de referencia* del grupo se realimenta ahora, se mantiene flexible, es decir, no estereotipado. La situación de rigidez o estereotipia de la conducta grupal enferma constituye el punto de ataque principal: allí se centra la tarea. El grado de estereotipia logrado por el grupo, después de la eclosión de una psicosis

en su seno, configura el monto de resistencia al esclarecimiento y a la curación.

Creada la situación de *estereotipo* funcionan también los *mecanismos de segregación*, de expulsión o alienación del paciente. Si esto se produce, el grupo cambia su forma y se estereotipa en el sentido de no admitir más al miembro segregado. El *pronóstico* de la enfermedad de éste está principalmente en relación con la receptividad o no receptividad del grupo. Este suele organizarse para mantener fuera al paciente, realizando a veces verdaderos sacrificios con tal que se mantenga la segregación.

Los *procesos de motivación* (motivos y necesidades) y la *acción* en su fase de articulación tienen que ver con los *procesos de decisión* dentro del grupo. El temor ante el cambio y la inseguridad social están en la base de las ansiedades del grupo, que se expresan en términos de las ansiedades básicas depresiva y paranoide, como ya dijimos. La posición depresiva constituye esencialmente la situación patogenética y la modificación de la ansiedad del grupo va a girar alrededor de su resolución (de los miedos y rabietas del grupo).

La lucha contra las ansiedades depresivas y los *estereotipos configurados* como defensa van a constituir el centro de todo ataque terapéutico, ya sea por medio de la psicoterapia, ya por la acción de una droga antidepresiva. El propósito es transformar un círculo vicioso, cerrado, en un círculo beneficioso, con aperturas dialécticas sucesivas.

La administración de Tofranil a *todo el grupo familiar* al mismo tiempo tiene por finalidad disminuir y fraccionar la ansiedad, haciendo más posible la ruptura del estereotipo familiar y la transformación de este grupo rígido no operante en un grupo flexible, plástico, operativo, que toma ahora por tarea concreta la curación de la enfermedad del grupo en ocasión de la emergencia de ésta en uno de sus integrantes.

En suma: el coordinador o terapeuta del grupo favorece con su técnica los vínculos dentro del grupo. El campo de la tarea tiene por base una situación triangular, debiendo comprenderse e interpretarse el vínculo transferencial dentro de este contexto triangular. La familia se reorganiza en la tarea de luchar contra la ansiedad del grupo acaparada por su portavoz (el paciente). Los roles se redistribuyen y llegan a operar como

liderazgos funcionales. Los mecanismos de segregación que contribuyeron a alienar al paciente disminuyen. Las ansiedades son redistribuidas, el estereotipo pierde su rigidez y el grupo puede enfrentar entonces situaciones de cambio. La *droga favorece la ruptura del estereotipo* y, por la acción del esclarecimiento psicoterápico, el grupo se integra tomando ahora la característica de una estructura funcional.

Bibliografía

- (1) Azima, H., "Psychodynamic alterations concomitant with Tofranil administration", *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 1959, IV, S 172.
- (2) Klein, M. y Rivière, J., *Las emociones básicas del hombre*, Nova, Buenos Aires, 1960.
- (3) Pichon-Rivière, E., "Patogenia y dinamismos de la epilepsia", *Revista de Psicoanálisis*, 1944, II, 615.
- (4) __ "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1946, IV, 1.
- (5) __ "Psicoanálisis de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1947, V, 293.
- (6) Rickman, J., *Selected Contributions to Psychoanalysis*, The Hogarth Press, Londres, 1957.

TRATAMIENTO DE GRUPOS FAMILIARES:
PSICOTERAPIA COLECTIVA *

Las definiciones de las relaciones humanas, dice Friederic Allen, están supeditadas a la experiencia vivencial de los individuos, que se desempeñan en roles correspondientes a su agrupación biológica (sexo, edad) y a su adaptación social, adquirida a través de su crecimiento y capacitación. Los acontecimientos más significativos para la vida de los individuos y de los grupos están vinculados con la aclaración de estas diferencias funcionales y biológicas, referentes a cada ser humano. Las comparaciones, imitaciones, rivalidades, satisfacciones y desilusiones de cada uno constituyen el drama de los seres humanos, que conviven y que se empeñan en encontrar la manera de mantener su posición individual en un mundo que pertenece a los demás. Las interrelaciones existentes entre los grandes y pequeños, los jóvenes y los viejos, los varones y las mujeres, llenan esta descripción universal de las diferencias posibles con una significación dinámica para cada ser humano. El niño, al adaptarse a estas diferencias evidentes, define y da sentido a su propio rol individual, que desempeña en relación con los demás. A través del proceso que conduce a la definición de este rol para cada individuo, sea éste niño o adulto, él mismo se convierte en una influencia integral que contribuye a definir los roles de los demás que integran su medio social.

Malinowski insiste en la "imposibilidad de imaginarse cualquier forma de organización social carente de estructura familiar". Ésta constituye la unidad indispensable de toda organización

* Sobre apuntes tomados por el Dr. Alegro, 1960.

social, a través de la historia del hombre. La familia adquiere esta significación dinámica para la humanidad porque, mediante su funcionamiento, provee el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas, dando forma objetiva a los roles distintivos, pero mutuamente vinculados, del padre, de la madre y del hijo, que constituyen los roles básicos en todas las culturas.

La familia no puede funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre sus miembros, las cuales les asignan los tres roles íntimamente relacionados de padre, madre e hijo. Si estas diferencias son negadas o desatendidas, aunque fuera por un solo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, creándose un estado de confusión y de caos.

Según Kretch y Crutchfield, la familia, como grupo primario, puede ser analizada en tres niveles diferentes (análisis polidimensional) :

1) Desde el punto de vista psicológico o psicosocial. Los problemas típicos a estudiarse serían los siguientes: la conducta del individuo en función de su propio medio familiar, las reacciones de agresión y sometimiento en relación con diferentes tipos de autoridad familiar, el impacto que le significa el ingreso de nuevos miembros en la familia, sus creencias y actitudes como resultado de la educación y experiencias familiares. Los problemas de este tipo deben ser investigados estudiando el campo psicológico del individuo, vale decir aclarando las nociones e ideas sobre su familia en conjunto y sobre cada miembro en particular (grupo interno).

2) Desde el punto de vista de la dinámica de grupo o sociodinámico. Se investigan los problemas concernientes a determinadas familias según determinadas circunstancias. Ejemplo: peligros exteriores que amenazan la felicidad de la familia, muerte o admisión de nuevos miembros en la familia que acarrear cambios en las relaciones de autoridad, prestigio, etc. Desde este punto de vista es importante medir los índices de rigidez o de maleabilidad del grupo familiar.

3) Desde el punto de vista institucional los problemas típicos son los de la estructura de la familia en las diversas clases sociales (medio urbano, rural, clases adineradas, pobres) las

transformaciones de la institución familiar debidas a crisis económicas, guerras, cambios de costumbres.

El estudio de estos problemas se basa en la búsqueda de correlaciones entre los índices de la estructura de la familia y de la fuerza del patrimonio familiar por una parte, y los diversos índices de la situación económica, medio geográfico, matrimonios, nacimientos, etc., por otra. Estos tres niveles se complementan y están en una relación de dependencia recíproca siendo imposible interpretar los datos recogidos en un nivel sin apelar a aquellos que se han obtenido en los otros.

Tratamiento del grupo familiar

Habiendo definido a la familia como una estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), y enunciado los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis, podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal. Los conceptos ya enunciados resultan decisivos en la elaboración de una teoría de la enfermedad mental y la consecuente orientación de la tarea psiquiátrica.

Como punto de partida del enfoque terapéutico que proponemos, estableceremos las relaciones existentes entre enfermedad mental y grupo familiar.

Los aportes de la teoría gestáltica, las investigaciones de Kurt Lewin y las conclusiones resultantes de nuestras propias experiencias nos permiten considerar a la enfermedad mental no como la enfermedad de un sujeto, sino como la de la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el portavoz, emergente de esa situación total.

El estudio de los aspectos patológicos de un grupo familiar y su abordaje terapéutico deberán incluir varios vectores de análisis, entre los que señalaremos, en primer término, los cuatro momentos de la operación terapéutica:

Estos son: a) el diagnóstico; b) el pronóstico; c) el tratamiento y d) la profilaxis.

Cada una de estas dimensiones debe ser centrada:

- 1) En el paciente.
- 2) En el grupo.
- 3) En la situación.

Así tenemos un *diagnóstico*, un *pronóstico*, un *tratamiento* y una *profilaxis* ya sea del paciente, del grupo o de la situación. Estos aspectos son cooperantes e interactuantes y se complementan. El enfoque grupal permite hacer una evaluación diagnóstica, pronóstica, terapéutica y profiláctica mucho más operativa que la que resulta de centrar el problema en el paciente con exclusión de su medio familiar. Los postulados básicos que permiten la comprensión de lo expuesto se pueden sintetizar:

A) *En cuanto al diagnóstico*

- 1) En la *situación* hay un *grupo familiar enfermo* del cual el paciente es emergente y que adquiere la calidad de *portavoz* de la enfermedad grupal.
- 2) Se puede comprender mejor esto si vemos a la enfermedad del paciente como un "rol" dentro de la situación grupal.
- 3) El paciente es el *depositario* de las ansiedades y tensiones del grupo familiar.
- 4) En este sistema de depositación es necesario considerar:
 - a) los depositantes; b) lo depositado y c) el depositario.

El paciente es el *depositario* que se hace cargo de distintos aspectos patológicos depositados por cada uno de los otros miembros o *depositarios*. Un ejemplo típico es el de los pacientes que aparecen clínicamente con cuadros de defecto intelectual; el paciente ("tarado") se hace cargo de la parte "tarada" de cada uno de los otros miembros, quienes la proyectan masivamente, cerrándose así el círculo vicioso. Es decir, los otros lo manejan como un "tarado" y éste a su vez asume el rol.

- 5) Esto permite inferir que el paciente es el miembro dinámicamente *más fuerte* (y no el más débil) desde que su estructura personal le permite hacerse cargo de la enfermedad grupal.
- 6) La dinámica subyacente es que el paciente enferma como una forma de "preservar" al resto del grupo del

caos y la destrucción; y pide ayuda (directa o indirectamente) en un intento de resolver la curación.

- 7) En la medida en que la asunción del rol por el paciente es eficaz, el grupo logra mantener un cierto equilibrio y una cierta economía sociodinámica.
- 8) Aparecen, con respecto al paciente, mecanismos de segregación del seno del grupo, como un deseo de eliminar la enfermedad grupal.

B) *En cuanto al pronóstico*

El pronóstico del paciente, del grupo y de la situación están dados:

- 9) Por la estructura personal del paciente, en ese momento (dinámica y funcionalmente).
- 10) En estrecha relación con la *imagen interna* que el grupo tiene del paciente.
- 11) Por el grado de intensidad de los *estereotipos* con que estos aspectos se dinamizan en el paciente y en el grupo.
- 12) Por el monto de los *mecanismos de segregación*.

C) *En cuanto al tratamiento*

Es importante romper con el primer estereotipo: la *delegación del rol* por el grupo y la *asunción* del mismo por el paciente.

- 13) La terapia puede ser dirigida al grupo (incluido o no el paciente) , tendiendo a romper los estereotipos y disminuir los mecanismos de segregación.

D) *En cuanto a la profilaxis*

14) Al reducir las estructuras individuales y grupales, se hace la profilaxis:

- a) De la *recurrencia* de un nuevo episodio en el paciente.
- b) De otro miembro que puede enfermar al mejorar el paciente.
- c) Del grupo familiar en su totalidad.

Los niveles de abordaje terapéutico siguen el esquema delineado para el análisis polidimensional. Consideraremos entonces, ya desde el ángulo de la tarea correctora:

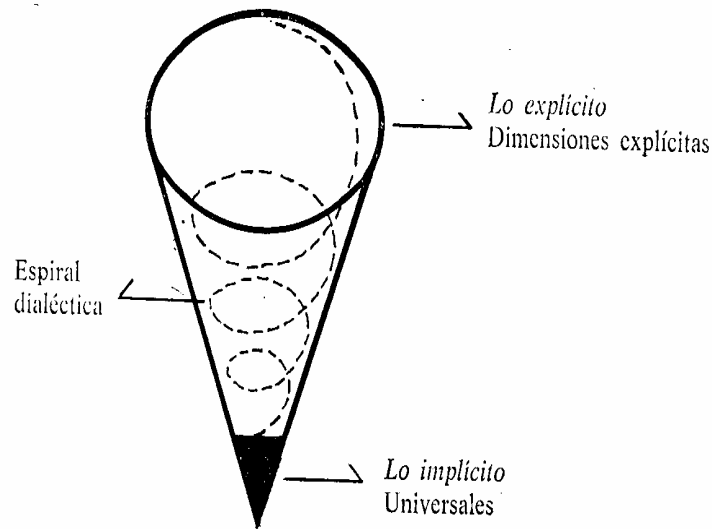
- a) Un nivel *psicosocial*: Se refiere a las relaciones del paciente con cada uno de los otros miembros del grupo familiar. En este sentido el abordaje del grupo se hace a través de la *representación interna* que el enfermo tiene de cada uno de sus familiares, es decir, lo que se denomina grupo interno. El análisis de los vínculos internos permite mejorar los vínculos externos (al curarse el enfermo a su vez "cura" al grupo externo, a los demás, a través de sus cambios de actitudes).
- b) Un nivel *sociodinámico*: Se refiere al abordaje del grupo en su totalidad gestáltica, y al estudio de lo que Lewin denomina dinámica grupal. Pueden aplicarse aquí las técnicas grupales y las sociométricas.
- c) Un nivel *institucional*: Se refiere al abordaje de la familia como institución a través del estudio de la historia familiar, de su estructura socioeconómica y de sus relaciones intergrupales y ecológicas: con otras familias, el vecindario, el barrio, el club, la iglesia, etcétera.

El análisis sistemático de las situaciones grupales nos ha posibilitado registrar un conjunto de procesos relacionados entre sí que nos permiten, por su reiteración, considerarlos como fenómenos universales de todo grupo, en su estructura y dinámica.

Para la mejor comprensión de este concepto, empleamos el esquema que figura en la siguiente página, al que denominamos del *cono invertido*.

En este cono vemos una base, un vértice y la espiral dialéctica.

- a) En la base: Se ubican los contenidos emergentes, manifiestos, o "explícitos".
- b) En el vértice: Las situaciones básicas o universales "implícitas".
- c) La espiral gráfica el movimiento dialéctico de indagación y esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito, con el objeto de explicitarlo.



Analizar es hacer explícito lo implícito.

Mientras lo *explícito* se configura por los cuatro momentos de la operación correctora enunciados en el primer punto de este análisis, lo *implícito* está constituido por los "universales" que permanentemente están actuando, y cuya indagación corresponde al terapeuta en su operación. El esquema del cono invertido tiene la intención de configurar en su *base* todas las situaciones manifiestas en el campo operacional y en su *vértice*, las situaciones básicas universales que están actuando en forma latente.

Estos *universales* son:

- a) Los *miedos básicos*: 1) miedo a la pérdida de la estructura ya lograda y 2) miedo al ataque en la nueva situación a estructurar.
- b) "La situación terapéutica negativa" frente a la situación de *cambio* configurada por: 1) miedo al cambio; 2) resistencia al cambio.
- c) Un sentimiento básico de *inseguridad* (la fórmula es "más vale pájaro en mano que cien volando").
- d) Los procesos de *aprendizaje y comunicación*:
Ambos aspectos forman una unidad y son interdependientes. La comunicación es el riel del aprendizaje.

e) Las *fantasías básicas*: 1) de enfermedad; 2) de tratamiento y 3) de curación.

El terapeuta se manejará, al encarar la tarea correctora, con un ECRO que incluya los siguientes conceptos y pasos operacionales:

- 1) El concepto de *portavoz*: el enfermo es el portavoz de la enfermedad grupal.
- 2) El análisis de los *roles*: funciones sociales perturbadas; roles que se asumen en situaciones de emergencia.
(Ejemplo: un padre con roles maternos.) (Rigidez o rotatividad.) Liderazgos.
- 3) El análisis de las *ideologías* (o prejuicios). Cada familia tiene su ideología grupal y el miembro puede tener su propia ideología distinta. Así vemos los conflictos generacionales (en los judíos se da por ejemplo el hecho de que los viejos son sionistas y conservadores; en cambio los jóvenes llegan a sustentar ideas de izquierda). Se plantean así las *contribuciones* a resolver.
- 4) El análisis del *malentendido básico*.
- 5) El análisis de los *secretos familiares*. (Todo el mundo los conoce pero nadie habla de ellos.)
- 6) El análisis de los mecanismos de *splitting*.
- 7) El análisis de los *mecanismos de segregación* y de sus infraestructuras.
- 8) El análisis de los *mecanismos de preservación*.
- 9) Las fantasías de *omnipotencia e impotencia*, que fácilmente se proyectan en el terapeuta como una forma de impotentizarlo y paralizarlo. (El terapeuta es el ser omnipotente que lo resuelve todo o el ser impotente que nada puede hacer.)
- 10) El análisis de la *situación triangular básica* reeditada en seres de situaciones triangulares intragrupales.
- 11) *La evolución de los medios o logística*.

El proceso terapéutico se propone como objetivo lograr una disminución de las ansiedades psicóticas básicas. En consecuencia, como terapeutas, no hablamos de "curación", sino que intentamos disminuir un monto determinado de miedos básicos, de ansiedades, de pérdida y ataque, de manera que el yo del sujeto no deba recurrir al empleo de mecanismos defensivos que, estereotipándose, configuren la enfermedad y le impidan una adaptación activa a la realidad.

La enfermedad, tal como se manifiesta fenomenológicamente, es un intento de elaboración del sufrimiento provocado por la intensidad de los miedos básicos. Como intento, resulta fallido, por la utilización de mecanismos defensivos estereotipados, rígidos, que se muestran ineficaces para mantener al sujeto en un estado de adaptación activa al medio. (Este proceso acarrea la alienación del grupo del que el sujeto que enferma es portavoz. Es decir, la alienación del *intra* y del *extra* grupo.)

Insistiremos en el concepto de adaptación pues resulta fundamental, para la elaboración de una teoría de la salud y la enfermedad mental, el diferenciar un proceso de adaptación activa a la realidad de un proceso de adaptación pasiva. En la práctica psiquiátrica, es frecuente observar que muchos pacientes son dados de alta tomando como índice de curación el hecho de que comen bien, se visten correctamente, etc., es decir presentan una conducta aparentemente "normal", han llegado a

* Apuntes de un curso dado en el Centro de Medicina, 1965-66.

construir un estereotipo con el cual se manejan en forma casi automática en su vida cotidiana. En este estereotipo, el médico, la familia y los allegados se integran como contexto. El sujeto puede comer, puede dormir, etc., pero no se dan en él modificaciones profundas, ni tampoco actúa como un agente modificador de su medio. Se convierte así en el líder alienizante de toda una estructura, merced a la situación de impostura grupal en la que impera la "mala fe". El concepto de adaptación activa que proponemos es un concepto dialéctico en el sentido de que en tanto el sujeto se transforma, modifica al medio, y al modificar al medio se modifica a sí mismo. Entonces, se configura una espiral permanente, por la cual un enfermo que está en tratamiento y mejora opera simultáneamente en todo el círculo familiar, modificando estructuras en ese medio (produciendo una desalienación progresiva del intra y del extra grupo).

La afirmación de Melanie Klein acerca de que los conflictos, los vínculos y redes de comunicación perturbados por la enfermedad se encuentran relacionados más con los *objetos internos* que con los externos permite visualizar que la imagen interna que el paciente tiene de su grupo familiar está distorsionada por determinadas situaciones ocurridas en algún momento de su historia. El paciente tiene una visión de su grupo primario distinta totalmente de lo que éste es en realidad, produciéndose entonces una intensificación del proceso de incomunicación, dada por el desajuste o desarticulación entre ambas imágenes.

Sobre esa base, podemos definir al mundo interno y las fantasías inconscientes como la crónica que el *self* realiza acerca de sus vínculos a doble vía con objetos internos, que a su vez pueden llegar a interaccionar prescindiendo del *self*. Es en este momento cuando el sujeto experimenta la vivencia de perder el control de este accionar de sus objetos internos, instalándose la "locura". Es decir, surge una "conspiración" interna vivenciada como el enloquecer, el derrumbe del *yo*. El mundo interno se constituye por un proceso de progresiva internalización de los objetos y los vínculos. Este mundo se encuentra en permanente interacción, interna y con el mundo exterior. A través de la diferenciación entre mundo externo e interno el sujeto adquiere identidad y autonomía (sentimiento de *mismidad* o vivencia del *self*). La noción de mundo interno aparece como posibilidad de resolver

ver el conflicto entre lo general y lo particular. Entramos así en el terreno de la *ecología interna*, que investiga los mecanismos por los que se construye un mundo interno en interacción permanente con el externo a través de procesos de introyección y proyección.

Sobre la base de las necesidades corporales que promueven el reconocimiento de las fuentes de gratificación mediante técnicas más o menos universales y durante el desarrollo infantil, se constituye esa unidad fundamental que es el *vínculo*. Definimos el vínculo como la estructura compleja que incluye al sujeto y al objeto, su interacción, momentos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica; proceso en cuyo comienzo las imágenes internas y la realidad externa deberían ser coincidentes. Esto no sucede, ya que el objeto actúa en dos direcciones: hacia la gratificación (constituyéndose así el vínculo bueno) y hacia la frustración (configurando el vínculo malo). Es así como surge la estructura *divalente* en el sistema vincular con objetos parciales o, más claramente expresado, con una escisión del objeto total en dos objetos parciales; uno de ellos vivido con una *valencia* totalmente positiva, el sujeto se siente totalmente amado y al cual ama; por el cual el otro objeto está signado por una *valencia* negativa: el sujeto se siente totalmente odiado, siendo recíproco este vínculo negativo del que necesita deshacerse o controlar.

Creo que cabe aquí una definición de *fantasía inconsciente*: ella es el proyecto o la estrategia totalizante de una acción sobre la base de una necesidad.

Cuando enfocamos terapéuticamente un grupo familiar, del cual ha surgido un enfermo como *portavoz* de sus ansiedades, resulta un paso decisivo, para el abordaje del proceso corrector, el detectar la estructura y dinámica del grupo interno del paciente, o sea la representación que éste tiene del grupo real que ha internalizado. Esta representación constituye la base de sus fantasías inconscientes en relación con su familia. El terapeuta indagará la articulación de este mundo interno con el grupo externo. A través de esa confrontación con la realidad podremos evaluar la intensidad y extensión del *malentendido*, enfermedad básica del grupo familiar.

El paciente tiene una imagen distorsionada de los miembros de su familia, con los que no puede comunicarse precisamente

por esta perturbación en el vínculo. Su emisión y recepción de mensajes son permanentemente interferidas por la proyección de imágenes internas construidas durante su infancia en situaciones de frustración o gratificación que no puede modificar. Como dijimos, estas imágenes no coinciden con la realidad, porque se configuran sobre la base de los vínculos bueno y malo siguiendo un modelo estereotipado y arcaico.

El vínculo malo se relaciona, como vimos, con experiencias de frustración y el vínculo bueno con experiencias gratificantes. Referimos la noción de vínculo a lo que Freud llama "instinto de vida e instinto de muerte". Sin embargo, no hablamos de instinto sino de *estructura vincular*, de actitudes que son el producto de experiencias muy precoces de gratificación y frustración. El objeto gratificante, en tanto satisface las necesidades del sujeto, le permite establecer con él un vínculo bueno y el frustrante es tal en tanto no satisface estas necesidades, estableciéndose un vínculo negativo. En él la hostilidad es permanentemente realimentada por el mecanismo de retaliación.

Frente al objeto gratificante el sujeto experimenta una ansiedad que he denominado "sentimiento de estar a merced". El objeto no es perseguidor, pero resulta una fuente de angustia en cuanto puede ser perdido. La ansiedad y el temor frente al objeto bueno no se experimenta tanto por el miedo a la pérdida del objeto en sí, sino más bien a la de las partes propias que el sujeto depositó en él. En el grupo interno la dependencia surge por la proyección, en una de las figuras parentales, de los aspectos buenos del sujeto, estableciéndose un vínculo bueno a doble vía con objetos parciales. La ansiedad relacionada con ese vínculo bueno (patología del vínculo bueno), el temor al abandono y a la pérdida originan el sentimiento de *nostalgia* característico de la depresión esquizoide.

Sobre el otro objeto, a raíz de experiencias frustrantes, proyecta el sujeto sus partes malas, generándose una vuelta de la agresión contra sí mismo, lo que da origen a los sentimientos o ideas de persecución. Son éstas entonces dos imágenes básicas que operan en la mente del paciente.

Como posibilidad de conceptualizar y sintetizar vamos a insistir en que la interacción en un grupo familiar se estructura sobre la base de un interjuego de imágenes internas. Cuando en un grupo se produce la emergencia de una enfermedad mental,

los integrantes tendrán una imagen del sujeto que enferma, la que se va a conjugar con las imágenes que él tiene de los otros integrantes, de sí mismo y con lo que cree que los otros piensan de él.

La tarea correctora consiste en la ratificación o rectificación de estas imágenes en interjuego. Si son muy distintas entre sí aparece la duda, la incertidumbre, como medida de la intensidad de la fisura existente entre la calidad de la autorrepresentación y la imagen que los otros tienen del sujeto.

Si el ajuste de imágenes es perfecto, pero existe una connotación negativa, puede surgir el masoquismo, por el cual el sujeto se hará cargo de la situación de enfermedad. Cuando alguien enferma en un grupo familiar se da una tendencia a la exclusión de ese miembro, surgiendo el *mecanismo de segregación* de cuya intensidad dependerá el pronóstico del paciente. La marginación se produce porque el enfermo mental es el depositario de las ansiedades de su grupo, y se lo trata de alejar con la fantasía de que con él desaparecerá la ansiedad.

Mutación del objeto protector en chivo emisario

Se plantea aquí un curioso problema: el que enferma en un grupo familiar ¿es el miembro más fuerte o el más débil? Lo mismo sucede en una enfermedad psicosomática. La localización de un trastorno en un órgano determinado abre un interrogante acerca de si ese órgano sirvió para elaborar ansiedades durante mucho tiempo y fue en un momento un órgano fuerte, hasta que cayó víctima de la fatiga del conflicto y del estado de *stress* crónico que éste provoca.

En la familia, el enfermo es, fundamentalmente, el portavoz de las ansiedades del grupo. Como integrante desempeña un rol específico: es el *depositario* de las tensiones y conflictos grupales. Se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación, en ese proceso interaccional de adjudicación y asunción de roles, que compromete tanto al *sujeto depositario* como a los *depositantes*. El estereotipo se configura cuando la proyección de aspectos patológicos es masiva. El sujeto queda paralizado, fracasa en su intento de elaboración de una ansiedad tan intensa (salto de lo cuantitativo a lo cualitativo) y enferma. A partir de ese momento el círculo se cierra, completándose el ciclo de configuración

de un mecanismo de seguridad patológico que, desencadenado por un incremento de las tensiones, consiste en una depositación masiva, con la posterior segregación del *depositario*, por la peligrosidad de los contenidos *depositados*.

La enfermedad de un miembro, sin embargo, opera como *denunciante* de la situación conflictiva y del caos subyacente que este dispositivo patológico de seguridad intenta controlar. El paciente, por su conducta desviada, se ha convertido en el portavoz, el "alcahuete" del grupo.

Una vez iniciado el proceso corrector, resulta muy frecuente que, tras algunas sesiones de grupo familiar, haga eclosión un conflicto que, conocido por todos, era mantenido en silencio. Este conflicto silenciado, secreto, se había convertido, con la complicidad explícita o implícita de los integrantes, en un "misterio familiar", generador de ansiedades. Se ha provocado así una ruptura de la comunicación.

El carácter misterioso (peligroso) de esta situación se ve permanentemente realimentado por esa "conspiración del silencio". La familia vive el enfrentamiento del conflicto, la desocultación, como una catástrofe y se resiste al esclarecimiento.

El cambio, que por una ruptura de la estereotipia de los roles posibilitaría la redistribución de las ansiedades, produce un temor que se manifiesta por un trato particular al enfermo, un ocultamiento de los hechos, una forma de cuidado que configura, en realidad, un sutil mecanismo de segregación. Este proceso subyacente actúa como reforzador de la enfermedad, ya que la inseguridad del paciente se ve incrementada por su percepción de que "algo pasa", sin que ese "algo" le sea esclarecido.

Frente a esa situación, el terapeuta deberá realizar un adecuado manejo del *timing* del esclarecimiento, esperando el punto de urgencia, es decir, la vecindad de lo implícito y lo explícito.

La tarea correctora consistirá en la reconstrucción de las redes de comunicación, tan profundamente perturbadas, en un replanteo de los vínculos, con una reestructuración del interjuego de roles. Es precisamente en el proceso de adjudicación y asunción de roles donde surgen la confusión y las perturbaciones de la comunicación, viciándose la lectura de la realidad.

Todo esto desencadena y realimenta los sentimientos de inseguridad e incertidumbre, que están en la base de todos los trastornos individuales y grupales. En el sentimiento de inseguridad

se incluyen el miedo a la pérdida y el miedo al ataque. El sujeto enferma de inseguridad (por amor y de odio), ya que el grupo del que proviene no le permite lograr una identidad. La anormalidad de los vínculos, los trastornos de la comunicación imposibilitan discriminar, saber realmente "quién es quién".

Una familia es entonces una *Gestalt-Gestaltung*, un "estructurando" que funciona como totalidad. Su equilibrio se logra cuando la comunicación es abierta y funciona en múltiples direcciones, configurando una espiral de realimentación.

Cuando un grupo familiar adquiere un determinado monto de salud mental, el sistema, la red de comunicaciones es multidireccional. Esta red perfecta, la que, representada gráficamente, nos permitiría visualizar múltiples líneas de comunicación partiendo de cada miembro e incluyendo a cada uno de los integrantes, es característica del grupo que ha logrado un grado óptimo de integración.

En algunos casos pueden surgir subgrupos, que se comunican dentro de una estructura vincular a doble vía. La existencia de subgrupos es natural en toda situación grupal, pero en ciertos casos estos subgrupos adquieren características más estables, más rígidas, con una tendencia a estereotipar la dirección de la comunicación.

Resulta frecuente observar, en ciertos núcleos familiares, miembros con una tendencia al aislamiento o a la inclusión en otro grupo, que progresivamente van adquiriendo una cierta autonomía, una pertenencia a un extragrupo o grupo de referencia.

En la medida en que desplazan su pertenencia desde el grupo primario al grupo de referencia, transfieren también su cooperación y pertinencia. El grupo primario se mantiene en la medida en que otros integrantes pueden asumir el rol del ausente, ya que los roles pueden ser complementarios o suplementarios.

Un grupo familiar que posee una buena red de comunicación, que se desenvuelve eficazmente en su tarea, es un grupo *operativo*, en el que cada miembro tiene asignado un rol específico, pero con un grado de plasticidad tal, que le permite asumir otros roles funcionales. Esta capacidad de asunción de roles (potencial de reemplazo en la emergencia) constituye un elemento a considerar para el pronóstico del grupo familiar. En el asumir roles necesitados situacionalmente se configura un proceso de aprendizaje de la realidad, tarea fundamental del grupo.

en síntesis; un grupo ha logrado una adaptación activa a la realidad cuando adquiere *insight*, se hace consciente de ciertos aspectos de su estructura y dinámica, adecua su nivel de aspiración a su status real, determinante de sus posibilidades. En un grupo sano, verdaderamente operativo, cada sujeto conoce y desempeña su rol específico, de acuerdo con las leyes de la complementariedad. Es un grupo abierto a la comunicación, en pleno proceso de aprendizaje social, en relación dialéctica con el medio.

Insistimos en el concepto de aprendizaje del rol en el grupo primario, porque las fallas en la instrumentación (rol) generan en el sujeto un sentimiento de inseguridad que lo predispone a caer en una situación neurótica. El aprendizaje ha sido perturbado porque el sujeto, según un mecanismo ya descrito, se ha hecho cargo de las ansiedades del grupo, configurándose la situación de *chivo emisario*. El sujeto se defiende entonces de la ansiedad apelando a los mecanismos o técnicas del yo estudiadas por la psicología individual.

Si este recurso adaptativo falla, hace su eclosión la enfermedad, con la consiguiente segregación del paciente, abandono del rol, dificultades en la reintegración del miembro enfermo, etcétera.

Un enfoque inmediato y pluridimensional de la situación de enfermedad, facilitará una redistribución de ansiedades, liberando al paciente de la *ansiedad global* que había asumido, en un intento de *preservación* del grupo. Se abre así una posibilidad al esclarecimiento del *malentendido* grupal, que opera como estructura patógena, y se hace factible una reorganización funcional y operativa del grupo.

Siguiendo las investigaciones de Mme. Minkowska se puede fundamentar una tipología familiar, en la que se utilicen como criterio de clasificación los diferentes grados de aglutinación, dispersión y disolución de los vínculos intergrupales.

Mme. Minkowska inició su tarea estableciendo una distinción entre las familias estudiadas, a las que dividió en dos grandes grupos. Consignó en uno de ellos a todos aquellos núcleos familiares en los que la tendencia a la aglutinación aparecía como predominante, llamándolos "grupos epileptoides". En el otro grupo ubicó aquellas familias caracterizadas por la tendencia a la disociación y dispersión, denominándolos "grupos esquizoides". Estableció asimismo, entre estos dos polos representativos de situaciones

extremas, una gradación de cuadros mixtos, posiciones intermedias entre el aglutinamiento y la dispersión.

La familia del tipo epileptoide elude el desplazamiento, está apegada a la tierra, sus integrantes no emigran o, si se impone el abandono del lugar natal, lo hace el grupo en su totalidad. La estructura familiar es cerrada, rígida, acepta con mucha dificultad el ingreso de un nuevo integrante, el que es ubicado siempre en un status inferior. (En las familias rurales de tipo epileptoide el yerno o la nuera desempeñan siempre las tareas más duras.) Los roles son fijos, estereotipados.

En las situaciones de duelo se hace más notoria la viscosidad del grupo epileptoide: ante la pérdida parecieran aglutinarse con mayor intensidad, y hasta plásticamente es más perceptible este proceso ya que el luto en una familia epileptoide parece más negro y los rituales funerarios más parsimoniosos y lentificados.

En las fiestas, la familia epileptoide muestra una excitación contrastante con su viscosidad habitual. El epiléptico presenta un umbral bajo de reacción ante el alcohol (alcoholismo patológico). El estallido de un conflicto, con características de violencia súbita y desproporcionada, es un rasgo habitual en las fiestas de las familias epileptoides. En estas situaciones no es raro que el conflicto culmine en un crimen. Estudiando las características de dicho conflicto, observamos que tiene una historia dentro del grupo, historia que, al ser reactivada por algún factor desencadenante, determina el estallido.

La familia esquizoide, por su parte, tiende a la disolución, a la ruptura progresiva de los vínculos. La unidad familiar es escasa, casi nula. Sus integrantes emigran frecuentemente, rompen la comunicación y desconocen la nostalgia. El arquetipo o modelo de conducta es el pionero, el aventurero, que pierde contacto con su familia, que no escribe. Esto se debe, en realidad, a la intensidad de la internalización, que le permite mantener un diálogo con sus objetos internos, experimentando así una cercanía interior que le impide vivenciar su soledad.

Entre las estructuras intermedias podemos mencionar la hipocondríaca, con características relativamente similares a las del grupo epileptoide en cuanto a la viscosidad. El personaje central de este grupo, en tomo al cual se estructura la red de comunicación, es la enfermedad. Los integrantes establecen entre sí vínculos de

características particulares, dándose una codificación en términos de órganos.

Resulta importante señalar las posibilidades de contaminación que ofrecen estos grupos familiares hipocondríacos, en el sentido de que por su frecuentación pueden reactivar núcleos hipocondríacos latentes en todos nosotros, núcleos que tienen su origen en una posición no esclarecida ante la propia muerte.

En el proceso corrector de un grupo familiar, sean cuales fueren las características que éste presente, la operación se centrará en el abordaje del núcleo depresivo básico patogenético, del que todas las otras estructuras patológicas resultan intentos fallidos de elaboración. Como tarea complementaria, al encarar el tratamiento de un grupo familiar con rasgos esquizoides, se apuntará particularmente al establecimiento de una eficaz red de comunicaciones para lograr una mayor integración.

En un grupo que presente rasgos epileptoides, la labor terapéutica tenderá a promover la discriminación, la toma de una distancia óptima, el esclarecimiento de los malos entendidos y la ruptura de un estereotipo viscoso, según el cual cada integrante es para el otro su propiedad privada.

Voy a retomar algunos de los aspectos desarrollados por mi colega para poner el énfasis sobre las perturbaciones o las dificultades en el aprendizaje de la psiquiatría. También haré menciones sobre aplicaciones de las técnicas grupales a la industria y la empresa, al hospital y a otros grupos. Hace mucho tiempo que es una preocupación para mí el poder encontrar el medio más fácil para enseñar psiquiatría. En realidad podemos pensar que el conocimiento psiquiátrico, es decir, lo que llamamos el esquema referencial de la psiquiatría, está en la mente del estudiante. Esto es, él tiene dentro de sí funcionando todos los mecanismos de la enfermedad con variaciones cuantitativas entre él y el enfermo más grave del hospital psiquiátrico. El problema se plantea así: para poder conocer al paciente, entrar dentro de él, el aprendiz tiene que asumir el rol del paciente. El rol del paciente es un rol que resulta angustiante, porque es el rol de un enfermo mental. Es decir, que un acercamiento auténtico frente al enfermo significa para el estudiante un peligro, una ansiedad particular, cuyo contenido analizaremos. La preocupación por este problema didáctico me llevó a otras consideraciones dentro de la teoría general de las neurosis. En cierta medida podemos considerar a las neurosis o a las psicosis como una perturbación del aprendizaje y una perturbación del aprendizaje de la realidad. Una perturbación del aprendizaje de la realidad a través de roles. Es decir, de funciones sociales. Si la sociedad está internalizada, están depositadas una serie de actitudes, una

* Relato oficial del Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, 1951.

serie de conocimientos psicológicos, y solamente es necesario encontrar el medio, una mayéutica particular, para que cada uno de los aprendices pueda explicitar la asunción de esos roles. La teoría del aprendizaje, sobre todo en sus últimos desarrollos con Kurt Lewin, con Mead, con Bachelard y Melanie Klein, nos ha dado sucesivos acercamientos. De Kurt Lewin, por ejemplo, hemos tomado la noción de campo, la de situación y muchos aspectos de algunos principios topológicos del aprendizaje. De Mead tomamos la noción del rol. De Bachelard la de que existen en el conocimiento y más aun, en este tipo de conocimiento, lo que él llama el "obstáculo epistemofílico". Es decir, que en el campo del conocimiento, el objeto del conocimiento se sitúa casi como un enemigo del sujeto. Ese obstáculo tiene que ser penetrado, tiene que ser conocido. En este caso, otra vez repetimos, el campo es el aprendizaje, el aprendizaje de la psiquiatría, de la psiquiatría no individual sino en grupo, y el obstáculo epistemofílico es el otro, el paciente, y además que hay que conocerlo. La posibilidad de conocer esta situación en realidad a través de análisis individuales dio lugar a la tentativa de aplicar todos estos conocimientos a la enseñanza en grupo. Seguramente porque el grupo ofrece la posibilidad de la coparticipación del objeto del conocimiento, es decir, del objeto mental. Es como si en el grupo se fragmentara la ansiedad que provoca el acercamiento a ese objeto. Estos primeros acercamientos hicieron que revisara la didáctica anticuada de la enseñanza de la psiquiatría y el psicoanálisis. El psicoanálisis no ha incorporado todavía a su didáctica el propio psicoanálisis. Es decir, que el campo del aprendizaje del psicoanálisis en realidad es bastante viejo. Lo que se ha hecho, sí, es destacar una serie de perturbaciones del aprendizaje, pero más en términos de mecanismos, señalándose sobre todo los trastornos de aprendizaje en los niños; en lo que toca al adulto, ha habido muy pocas contribuciones. Sin embargo, en los últimos tiempos algunos investigadores se han preocupado por la enseñanza de la psiquiatría, del psicoanálisis y últimamente de la psicoterapia de grupo, es decir, la materia que nos ha reunido acá. Una vez configurado ese esquema de conocimiento, decidimos abordar el problema. El primer grupo que tratamos de esta manera era uno de seis estudiantes de medicina de los primeros años -hace casi tres de esto-, estructurado con el propósito de enseñar psiquiatría. Era un grupo de alumnos que frecuentaban el hospital, que tenían contacto con pacientes, cosa importantísima, porque

podríamos decir que una enseñanza de la psiquiatría sin contacto con los pacientes, siguiendo este esquema de trabajo, sería una enseñanza abstracta. De esa manera se configuró un grupo que era prácticamente del hospital y se planteó entonces la posibilidad de enseñar. Ahora bien, una de las consignas era que no debían estudiar y que debían tener acercamiento a los pacientes. De esa manera comenzamos a trabajar. Las primeras ansiedades que sufrieron en esta situación pudimos referirlas muy pronto al tipo de ansiedad que habíamos visto en los análisis individuales de candidatos a analistas. Es decir, inmediatamente aparecieron situaciones fóbicas, de temor a penetrar en la situación, de temor a penetrar en el propio campo en que estábamos, en el propio campo del grupo y eso fue interpretado muy precozmente. Se presentaba también una situación de gran rechazo. La resistencia se expresaba como una resistencia a aprender, ya que la consigna era analizar el aprender. Por ejemplo, muy precozmente, en la tercera de las clases, o sesiones, que se realizaban una vez por semana en el propio hospital y duraban una hora, apareció una situación especial en la que en esa hora pudimos ver casi toda la patología mental. Se trataba de una situación de examen. Los seis estaban en la misma situación y los seis habían reaccionado al impacto del examen con cuadros diferentes. Es decir, pudimos ver todos los cuadros psicossomáticos y todos los cuadros mentales atenuados en esta situación. Algunos experimentaban ansiedad claustrofóbica, otros una situación agorafóbica, otros ansiedades depresivas, ansiedades paranoides, otros tenían diarrea, otros tenían diversos síntomas: náuseas, vómitos, dolores de cabeza, etcétera.

El impacto de esa primera clase creó una situación de resistencia en ellos, hasta que poco a poco fue fragmentado ese objeto de conocimiento y compartido de nuevo. Periódicamente, entonces, cada vez que se penetraba en una serie de conocimientos, se producía la misma situación. Es decir, que la elaboración, que es en realidad un proceso de asimilación y reestructuración en el grupo, se hace de una manera grupal y eso constituye entonces para este tipo de enseñanza, como es la psiquiatría, la psicología, la filosofía, etc., un medio realmente eficaz. Además, podríamos decir que toda la pedagogía y la didáctica están configuradas generalmente sobre la base de una situación falsa, ya que casi siempre se refieren a una situación de dos. Sin embargo, la situación natural es grupal;

por ejemplo, enseñar a un grupo de niños. Es curioso encontrar en la historia de la pedagogía algunas tentativas muy importantes; por ejemplo, en la escuela de Cousinet en Francia, que aprovecha la situación del grupo para la enseñanza. El tema de la clase no tiene una ordenación sistemática. El tema es traído por uno de los alumnos que entonces señala una dificultad. Por ejemplo, una técnica que poco a poco fue surgiendo -porque en realidad hemos aprendido una técnica con ese primer grupo- era la siguiente: cada vez que aparecía un cuadro clínico determinado, yo solicitaba a los alumnos que cada uno dijera la vivencia que tenía de un trastorno determinado. En una clase sobre esquizofrenia, por ejemplo, cada uno había recibido un impacto particular. Es decir, a algunos les había llamado la atención el aislamiento, la indiferencia, la disociación, el delirio, y así podíamos armar el cuadro fragmentado a través del grupo y facilitado en su asimilación. Este grupo tuvo características particulares en el sentido de que sufrió varios impactos de situaciones en el hospital; también situaciones con el observador, que por una situación política creó una tensión muy grande dentro del grupo, siendo finalmente expulsado. Esa situación de expulsión del observador del grupo coincidió con un aumento de la ansiedad en la penetración del objeto del conocimiento. En realidad fue utilizado como un "chivo emisario". Esto creó un sentimiento de gran culpabilidad muy difícil de elaborar. Poco a poco, en el transcurso del tiempo, cada uno tuvo la fantasía de hacer un análisis individual, y así progresivamente fueron tomando análisis individuales. La consigna era que aquel que hacía un análisis individual dejaba el grupo. Eso creó una gran ansiedad para desprenderse del grupo. Sin embargo, varios lo han hecho y en la actualidad es un grupo que de seis quedó reducido a tres, de los cuales dos la semana que viene o en estos días empiezan un análisis individual. Queda uno solo que no lo puede hacer.

El balance de este primer grupo de trabajo de enseñanza fue muy positivo, porque los he visto después trabajar en labores no psiquiátricas clínicas; por ejemplo, han trabajado conmigo en trabajo social, en trabajo de encuestas, y tienen una comprensión notable de todo el acontecer, sobre todo no tienen conocimientos psiquiátricos clínicos clásicos, sino que especialmente poseen una gran comprensión del fenómeno mental referido a su contexto social. Considero que esta experiencia es notablemente positiva.

La otra experiencia, siguiendo otra técnica, consiste en la posibilidad de enseñar psiquiatría de una manera acumulativa, es decir, proponerse un plan de enseñar psiquiatría a un grupo siguiendo más o menos esta técnica, trabajando tres o cuatro horas diarias durante diez días. Es una experiencia que he realizado cuatro veces en distintas partes, distintos países, también con excelente resultado. Pero con personas que tenían experiencia psiquiátrica y en muchos casos habían comenzado un análisis. La fantasía básica que dificulta el aprendizaje es una fantasía que fue señalada por Melanie Klein; es el temor, la ansiedad de destruir el objeto de conocimiento, que en este caso, por ejemplo, puede estar representado por el pecho o el cuerpo de la madre; pero otra ansiedad se suma a ésta, y es el temor a quedar dentro del objeto una vez que se ha penetrado dentro de él y se lo ha vaciado. El aprisionamiento en el objeto y la situación claustrofóbica dentro de él -y en este caso el objeto es un alienado- produce entonces una ansiedad particular que se expresa en los sueños que he podido recoger en este grupo, caracterizados fundamentalmente por contenidos manifiestos, claustrofóbicos, en el sentido de que no podían salir del hospital, que el portero no los conocía, que habían cambiado de aspecto, que estaban vestidos como los enfermos. Toda una gama de sueños que indicaban exactamente esta situación. Una vez conocida esta situación básica, con un grupo nuevo he podido trabajar ya directamente sobre ella. Es decir, desde las primeras sesiones es posible abordar el problema, ya que la actitud de rechazo de la psiquiatría, la dificultad ante la psiquiatría, es una actitud natural, sobre todo en aquel que tiene una vocación por este tipo de conocimiento. Si no se analiza la situación precozmente, se produce un fenómeno muy especial, que podemos llamar fenómeno del distanciamiento del objeto. Poco a poco, entonces, el estudiante o el aprendiz se aleja del objeto del conocimiento, lo toma superficialmente e inclusive no asume el rol, pero juega al rol del paciente, imitando cosas de los enfermos. Es muy frecuente ver en los hospitales psiquiátricos que hay un grupo de estudiantes o de médicos que tienen rasgos particulares que hacen recordar aspectos de los enfermos. Es muy común decir que el psiquiatra se "contagia". Evidentemente, sí, pero desde ese punto de vista. Si él se identifica con el paciente o imita al paciente, cae en el juego finalmente. Es decir, tenemos dos tipos de aprendices de psiquiatría: aquellos que se quedan ya dentro del hospital, generalmente

se identifican con los pacientes, haciendo una vida parasitaria, y los otros, los que generalmente van tomando distancia del paciente hasta que finalmente hacen una psiquiatría por delegación, es decir, por intermedio de los practicantes, de los médicos, enfermeros, o hacen realizar, por ejemplo, las terapias biológicas. Creo que esta experiencia es muy útil, tanto para el que recibe la enseñanza como para el que la realiza.

El otro aspecto fundamental que debe ser analizado es un tema que hemos mencionado mucho en este congreso: el esquema referencial. El esquema referencial es el conjunto de conocimientos, de actitudes que cada uno de nosotros tiene en su mente y con el cual trabaja en relación con el mundo y consigo mismo. Es decir, que puede ser en cierta medida nucleado y conocido. Lo fundamental, entonces, es que aquel que se acerca a cualquier campo de conocimiento conozca más o menos conscientemente, hasta donde le sea posible, los elementos con los cuales opera. Porque la situación del psiquiatra, del psicoanalista, es particular, ya que no solamente tiene que penetrar dentro del paciente para conocer y luego por analogía reconocer lo del otro como de uno, sino que debe modificar su campo de trabajo, devolviendo ese conocimiento y modificando la estructura del campo y del objeto. Esta manera de trabajar, es decir, buscando fantasías básicas de una tarea, puede ser realizada en otros ámbitos. Ésta es la fantasía básica del aprendizaje de la psiquiatría. Lo mismo podría realizarse con cualquier oficio, y así entonces podríamos extender este tipo de aprendizaje a otras disciplinas que forman el contexto general de las relaciones humanas. Por ejemplo, tanto una empresa como un hospital o una institución pueden ser estudiadas y consideradas como una totalidad y como un grupo. Hay dos magníficos estudios integrales, de un hospital psiquiátrico de Stuart, donde se estudiaron todos los tipos de relaciones que se establecían dentro de él: todas las jerarquías, los status y todos los fenómenos de comunicación y formación. Y así se pudieron descubrir una serie de fenómenos no solamente importantes desde el punto de vista del conocimiento en sí, sino que ese conocimiento era inmediatamente operacional. Quiere decir que, modificando ciertos aspectos de la estructura de un hospital y los contactos entre personal y pacientes, resolvieron un quantum muy considerable del aislamiento de los pacientes. Estudiaron justamente el problema del aislamiento, de la ruptura de la comunicación dentro del hospital psiquiátrico, y

de qué manera un paciente psiquiátrico incluido dentro de ese contexto, poco a poco, por una falta de contacto humano, rompe la posibilidad de comunicarse hacia afuera y permanece fijado, detenido definitivamente en una comunicación interna con un vínculo interno. Cuando los problemas de aislamiento eran muy agudos, se descubrió siempre que ese problema no solamente existía en el paciente, sino en el personal encargado de tratarlo. Y así entonces, haciendo grupos con enfermeros y también con médicos, se pudo reducir ese problema tan serio que afecta al hospital psiquiátrico: el aislamiento. Otros problemas fueron encarados, como el de la excitación, la falta de control esfinteriano, problemas del sueño, de fuga, de suicidio. En fin, todos los problemas de esa pequeña comunidad que es el hospital fueron considerados así, en su conjunto, y se pudieron reducir muchos de ellos.

Así como hay una fantasía total acerca del hospital, existe también una fantasía total de lo que es una empresa o una fábrica. En cuanto a la empresa o fábrica, esa situación fue estudiada por primera vez con un grado de profundidad sorprendente por Elliot Jacques, psicoanalista y sociólogo inglés. Surgieron en las fábricas problemas de grupo. Los problemas pueden darse entre los grupos dirigentes o entre trabajadores y obreros. El conflicto se había creado por una modificación en el régimen de salarios. Jacques pudo investigar la situación psicológica y el significado del conflicto en cada uno de los grupos. Era una gran empresa en Londres. Las características fueron que él y su equipo habían sido contratados por la fábrica, por el sindicato y por el gobierno. Esa situación ideal pudo condicionar una investigación a fondo. Todo tipo de ansiedades paranoides, depresivas, que caracterizan al trasfondo de la situación fueron vistas allí y Jacques pudo indagar a través de ese trabajo cómo las instituciones sociales obran como defensa contra ansiedades psicóticas. Es decir, que el debilitamiento de esa estructura acarrea un fenómeno de aumento de ansiedad, aumento de inseguridad, aumento de conflicto y hostilidad, creándose así un círculo vicioso que a veces es imposible reducir en el campo de las relaciones humanas en la empresa.

DISCURSO PRONUNCIADO COMO PRESIDENTE DEL SEGUNDO CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRÍA *

Este Segundo Congreso Argentino de Psiquiatría es una contribución al año Mundial de la Salud Mental (1959-1960), auspiciado principalmente por la Federación Mundial para la Salud Mental, cuyo presidente, el profesor Pacheco e Silva, nos honra y alienta hoy con su presencia y colaboración.

Se sostiene: "Que el mayor problema sanitario en el mundo de hoy es el de la mala salud mental, que llena más lechos de hospitales que el cáncer, las enfermedades del corazón y la tuberculosis juntas. Es más, por cada paciente que recibe tratamiento en un hospital psiquiátrico hay, por lo menos, dos que no están internados, es decir, que viven afuera, no lo bastante enfermos como para ser hospitalizados ni lo suficientemente sanos como para vivir una existencia saludable y feliz." Se calcula, además, que alrededor de la mitad de las camas de hospital se hallan ocupadas por casos psiquiátricos, mientras un tercio o más de los pacientes externos que acuden por cualquier motivo a consultas en los hospitales generales, lo hacen por motivos psicológicos. La gravedad de este problema fue encarada hace años en un seminario de la Organización Mundial para la Salud, donde se hizo la siguiente declaración tan actual hoy como entonces: "Si las enfermedades físicas alcanzaran en el mundo las proporciones de muchos de los presentes males sociales que tienen su origen en factores emocionales, como la delincuencia, el alcoholismo, las toxicomanías, los suicidios, etc., sin contar con los casos de enfermedades mentales típicas,

Acta Neuropsiquiátrica Argentina, 7, 1961.

se declararía sin duda un estado de epidemia y se adoptarían poderosas medidas para combatirla". Es decir, que se colocaría a la humanidad en una situación de emergencia, en un estado de cuarentena.

Muchos de los problemas de la vida moderna son, en realidad, problemas de salud mental, como miedo, inseguridad, nerviosidad, intolerancia, prejuicios, etc.; pero, por suerte, por otro lado se puede sostener que diagnósticos y tratamientos precoces con métodos adecuados pueden hacer que el 80 por ciento de los enfermos mentales puedan reintegrarse a la sociedad en un tiempo cada vez más corto.

En cuanto a la morbilidad psiquiátrica, existe un problema cuya trascendencia adquiere particular significación y es la morbilidad psiquiátrica en el ámbito estudiantil, de donde saldrán los cuadros de futuros dirigentes en los diferentes niveles de la estructura social. Se calcula, por ejemplo, que en los Países Bajos alrededor de 35 estudiantes por cada 1000 necesitan asistencia psicológica o psiquiátrica. En nuestro medio no hemos realizado estudios sistemáticos, pero sí hemos obtenido datos concretos a través de indagaciones en grupos vocacionales. El problema es serio, tanto más cuanto mayor es la coincidencia del campo mismo del aprendizaje y la orientación y mente del aprendiz, es decir, que los estudiantes de psicología y los aprendices de psiquiatría son los que están en un estado de mayor vulnerabilidad.

En los Estados Unidos se ha prestado especial interés a la salud de los estudiantes, y los establecimientos de educación superior cuentan ya, en su mayoría, con sus propios psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, etc. Encuestas realizadas han probado la importancia de estos problemas; la demanda de psicoterapia en el ámbito estudiantil es mucho mayor de lo que hasta entonces se creía. Se ha probado también que las causas que están detrás de esas perturbaciones derivan de situaciones familiares o de comunidades y medios sociales de los cuales ellos son originarios. Por ejemplo, un desajuste o desnivel existente entre los valores y las costumbres de un grupo de estudiantes y los de la colectividad de donde provienen contribuye a crear un estado de tensión particular que dificulta el aprendizaje. Ya en el año 1920, la Asociación Norteamericana para la Salud Estudiantil hacía hincapié en este problema con el objeto de velar por la integridad de la comunidad

estudiantil. Constituye un ahorro considerable el hacer la prevención de fracasos parciales o totales en el aprendizaje. Es, además, hacer higiene mental en su sentido verdadero. Se señala que aproximadamente el 10 por ciento de los estudiantes en el nivel de la educación superior está en peligro de sufrir serias dificultades en el aprendizaje, lo cual acarrea todavía más serios problemas de adaptación social en el futuro.

Se sostiene que una persona mentalmente sana es aquella capaz de hacer frente a la realidad de una manera constructiva, de sacar provecho de la lucha y convertir a ésta en una experiencia útil, encontrar mayor satisfacción en el dar que en el recibir y estar libre de tensiones y ansiedades, orientando sus relaciones con los demás para obtener la mutua satisfacción y ayuda, poder dar salida a cierto monto de hostilidad con fines creativos y constructivos y desarrollar una buena *capacidad de amar*. Toda escuela de psicología o de psiquiatría debe disponer, por todo lo dicho, de consultorios de salud mental con el objeto de tratar las tensiones que emergen dentro del campo mismo del aprendizaje. La *identificación* con el otro, o los otros, es el instrumento con el cual opera. El aprendiz de psicólogo, psiquiatra o psicólogo social puede ver perturbado este instrumento de trabajo, que es fácilmente vulnerable, y el proceso de identificación, una vez viciado, acarrea graves distorsiones en el campo concreto de la observación, o sea, de la *lectura de la realidad*.

Para resolver estos problemas se hace necesario utilizar técnicas grupales en la didáctica y el aprendizaje de la psicología, la psiquiatría, las ciencias sociales, etc. Lo que caracteriza nuestro modo actual de encarar los problemas psiquiátricos y sociales es el encuadre grupal y en diferentes contextos:

1) Promover una didáctica y un aprendizaje con técnicas grupales, una didáctica interdisciplinaria, acumulativa y departamental.

2) Tanto el diagnóstico como el pronóstico deben establecerse también en forma grupal. Uno se sorprende de los nuevos emergentes que con este encuadre aparecen. Los tratamientos con drogas pueden utilizarse en forma instrumental y situacional para ayudar a *movilizar el estereotipo* neurótico o psicótico del individuo y del grupo. El tratamiento puede llegar a tomar, además de grupos restringidos, comunidades que se transforman así en operativas,

terapéuticas, lo mismo que la creación de estructuras con este propósito. Así obtenemos tres instrumentos básicos de trabajo: a) grupos operativos; b) estructuras operativas, y e) comunidades operativas o terapéuticas.

3) Técnicas grupales son empleadas en el ámbito de la empresa para el tratamiento de tensiones en el contexto de las relaciones humanas. Lo mismo se puede decir para el tratamiento de la delincuencia, el alcoholismo y otros males sociales.

4) Grupos operativos *heterogéneos* de aprendizaje son una garantía de eficiencia, pues incluyen, en niveles que alternan funcionalmente, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, economistas, etc.

La *unidad de trabajo* es el grupo o la comunidad trabajando sobre otros grupos o comunidades. Cada trabajador social (psiquiatra, sociólogo, antropólogo, etc.) debe tener su papel y asumir un liderazgo funcional en cada momento específico de la tarea.

Los grupos operativos o comunidades del mismo tipo tienen su actividad centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación provocadas por el monto de ansiedad que despierta *todo cambio*. Los grupos pueden ser verticales, horizontales, homogéneos o heterogéneos, primarios o secundarios; pero en todos debe observarse una diferenciación progresiva, es decir, una heterogeneidad adquirida en la medida que aumenta la *homogeneidad en la tarea*. Dicha tarea depende del campo operativo del grupo; en un *grupo terapéutico*, la tarea es resolver el común denominador de la ansiedad del grupo, que adquiere en cada miembro características particulares; es la curación de la enfermedad del grupo. Si se trata de un grupo de aprendizaje de psiquiatría o psicología clínica, la tarea consiste en la resolución de las ansiedades ligadas al aprendizaje de estas disciplinas, facilitándose así la asimilación de una información realmente operativo. El propósito general es el *esclarecimiento* dado en términos de los miedos básicos, aprendizaje, comunicación, marco de referencia, semántica, decisiones, etc. De esta manera coinciden el aprendizaje, la comunicación, el esclarecimiento y la resolución de la tarea con la curación del grupo.

La aplicación de estas técnicas a grupos primarios (la familia, por ejemplo), donde la tarea es curar a algunos de sus miembros, ofrece el ejemplo más evidente de lo que es un grupo operativo.

Lo mismo podríamos decir en el campo de la delincuencia juvenil; se trata aquí de convertir a una banda o pandilla en un grupo operativo a quien se le asigna una tarea social constructiva. En el caso de la familia, ésta se reorganiza, mejor dicho se organiza, contra la ansiedad del grupo acaparada por su portavoz, el enfermo. Los papeles se redistribuyen con características de liderazgos funcionales, los mecanismos de *segregación* que alienan al paciente se debilitan progresivamente, la ansiedad es redistribuida, cada uno se hace cargo de una cantidad determinada de ésta, o sea, de una responsabilidad específica. De este modo, el grupo familiar se transforma en una empresa y el negocio que realiza es la curación de la ansiedad del grupo.

La enseñanza departamental -o interdepartamental- e interdisciplinaria es la base institucional necesaria para el cambio que proponemos. Es en este ámbito departamental donde tendrán que reducirse las contraindicaciones, las rivalidades y las envidias profesionales que oscurecen hoy el campo de nuestra tarea. Toda postergación en este aspecto no hace más que alimentar sentimientos de culpabilidad, con resentimiento y persecución cuando este sentimiento de culpabilidad es proyectado sobre los otros. Cada intragrupo considera al extragrupo como responsable del retraso en la tarea, emergiendo así un chivo emisario en un contexto dado. Por eso, cada uno de nosotros debe asumir su papel y su responsabilidad correspondiente, ya que estamos comprometidos en una situación de emergencia. Esto desde el lado asistencial.

Como una última cuestión, quienes hemos asumido la responsabilidad de contribuir a la formación de psiquiatras, psicólogos clínicos, psicólogos sociales, etc., no debemos olvidar lo siguiente: identificar básicamente el acto de enseñar y aprender con el acto de inquirir, indagar o investigar, caracterizando así la *unidad del enseñar-aprender* como una continua experiencia de aprendizaje en espiral, donde en un clima de plena interacción, maestro y alumno -o grupo-indagan, se descubren o redescubren, aprenden y se enseñan.

LA PSIQUIATRIA EN EL CONTEXTO DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS *

Contribución al subtema "La enseñanza de la psicología médica"
(trabajo en colaboración con el Dr. Horacio Etchegoyen)

La nota decisiva, tal vez, de la medicina de nuestros días es su reencuentro con el hombre. Abarcarlo en su más alta y compleja unidad es hoy su gran tarea, toda vez que ya no es posible estudiarlo en la suma de sus partes sino en su viva totalidad funcional.

El siglo XIX permitió comprender al hombre como ser biológico adaptado a su medio. Con el método de las ciencias naturales, estudió el organismo en forma profunda, racional y objetiva y alcanzó, así, un conocimiento de irreprochable solidez; pero con un enfoque parcial y fragmentario. Parcial en tanto desatendió el hecho incontestable de que el *medio ambiente* del hombre no es sólo físico sino también social; fragmentario en cuanto estudió al hombre muerto y en sectores. Para seguir interpretando al hombre como ser biológico adaptado a su medio ha habido que reconocerle su más alto nivel de actuación, el psíquico, y aprehenderlo en su integral e indivisa calidad biológica, psicológica y social.

Esta nueva antropología sociomédica se ha gestado, en buena parte, desde la psiquiatría, que permite resolver la antinomia entre enfermedad y enfermo, valorar la importancia de los componentes psicológicos y sociales en la conducta, la salud y la enfermedad y captar los factores efectivos que inciden en la relación médico-paciente. Se explica, así, la misión de la psiquiatría en el contexto de los estudios médicos: ofrecer las bases para una visión más integral del hombre. Para lograr estas finalidades resulta inevitable una nueva y mayor enseñanza psiquiátrica.

* No hemos logrado ubicar dónde se presentó originalmente este trabajo.

La enseñanza médica se resiente, es sabido, de excesiva extensión y nada hace legítimo aumentarla. No es cuestión, pues, de abogar simplemente por una mayor enseñanza psiquiátrica, sino de señalar en qué forma puede la psiquiatría ponerse al servicio de la formación médica. Esto sólo puede lograrse si un nuevo equilibrio de los planes de estudio le otorga el lugar que le corresponde.

Conviene que los nuevos conocimientos se incorporen a la enseñanza desde el comienzo, para evitar que el estudiante adquiera un concepto parcial de la naturaleza humana, y es prudente, asimismo, que corran a cargo de la cátedra de psiquiatría para que sea de una sola disciplina la responsabilidad de este aspecto fundamental de la enseñanza médica. No sería aconsejable dejarlo librado a la buena voluntad de las otras cátedras por obvios y múltiples motivos, si bien, desde luego, hay que alentar todo acercamiento entre las distintas disciplinas.

De esto se sigue que la psiquiatría, con rango de materia básica, debe ocupar un sitio al lado de la fisiología, la anatomía y la histología y contribuir con ellas a la preparación del alumno desde los primeros años.

Incorporar estos conocimientos importa tanto como crear una nueva materia, sea psicología médica o psiquiatría preclínica. Esta última denominación tiene la ventaja de establecer su continuidad con psiquiatría, lo que es muy importante; pero complica, en cambio, el funcionamiento de esta cátedra, porque la obliga a una labor muy amplia, para la cual, por lo general, no está preparada.

El dilema psicología médica o psiquiatría preclínica puede resolverse, en conclusión, en cualquiera de las dos formas propuestas, ya sea creando la cátedra de psicología médica o extendiendo el radio de acción de la psiquiatría, siempre que se asegure la unidad del proceso docente y se lo articule con el plan general de la formación médica.

Contenido de la enseñanza de la psiquiatría

Si bien hay general acuerdo en que debe enseñarse psiquiatría a lo largo de toda la carrera, existen discrepancias sobre su programa de enseñanza, porque resulta difícil fijar los conceptos generales que satisfagan a todas las escuelas. Sin embargo, quizá no sea necesario aspirar a tal acuerdo y convenga mejor respetar la

individualidad de los profesores, en cuyo buen criterio cabe legítimamente confiar.

Debe auspiciarse el funcionamiento paralelo de varias cátedras de psiquiatría en cada facultad, como sucede, por ejemplo, en Chile, otorgando a los estudiantes la libertad de inscribirse según sus preferencias. En esta forma, cada cátedra se ocuparía de un grupo de alumnos a lo largo de toda la carrera, con una ordenación de sentido vertical y no transversal, para asegurar la continuidad del proceso docente. Si en tales cátedras profesaran hombres representativos de las grandes escuelas psiquiátricas, que los hay en el país, todos tendrían oportunidad de desarrollar sus planes de enseñanza y contrastarlos con los demás. Esto daría lugar, por otra parte, a que los futuros psiquiatras pudieran ponerse en contacto con todas las escuelas, lo que, como señala Whitehorn, resulta imprescindible si se quiere evitar el sectarismo. Para los alumnos en cambio, una enseñanza de tal latitud y complejidad abocaría a una desalentadora exposición de datos, de dudoso valor formativo.

La Conferencia de Ithaca, "Psychiatry on Medical Education", 1951, propuso líneas generales para el plan de estudios de psiquiatría, que abarca los cuatro años del currículo en Estados Unidos. En los dos primeros, de psiquiatría preclínica, los temas principales son la psicodinámica (estructura del aparato psíquico y desarrollo de la personalidad), la psicopatología y las relaciones interpersonales; en los dos últimos, de psiquiatría clínica, el alumno estudia enfermos de consultorio externo e interno del hospital psiquiátrico (o mejor de la sala psiquiátrica del hospital general), psiquiatría infantil, afecciones psicósomáticas, etc. Sobre estas bases, la American Psychiatric Association ha estructurado un programa de psiquiatría que abarca el total de los estudios médicos. A pesar de ser amplio y elástico, este programa tiene el inconveniente de que establece un escalonamiento que va de la psicología normal a la patología y de ésta a la clínica psiquiátrica, lo que da al alumno la falsa sensación de divisiones que no existen en el fluido proceso de la vida humana.

El programa que se esboza a continuación se inspira en el propósito de asegurar la unidad del proceso docente, evitando toda fragmentación en la enseñanza.

El acercamiento al enfermo es lo básico y debe ser total desde el primer momento. La graduación del conocimiento debe establecerse

a través de la comprensión cada vez más profunda del enfermo y no con distintas materias o temas.

En los primeros pasos, el estudiante aborda la situación del paciente frente a su enfermedad y observa cómo repercute ésta en su conducta y en su grupo social, pasando así gradual, espontánea y sin duda rápidamente, de la comprensión común a la científica. Este acercamiento, desde luego, debe ubicarse en primer año, para que el alumno se conecte con el enfermo y no sólo con el cadáver. Lewin, en un artículo ya clásico, ha señalado la grave deformación que esto importa en la futura relación del médico con el enfermo. Este estudio preliminar de las condiciones superficiales del enfermo y su grupo social se hace simultáneamente en el hospital y el domicilio, a través de visitas a la familia, en que el estudiante actúa de asistente social. Así se compenetra de los problemas del enfermo y su ámbito, valorando en ambos el impacto de la enfermedad.

En la etapa siguiente, que corresponde a segundo año, el estudiante ocupa el lugar de observador-participante frente al enfermo, estudiando su personalidad y su estructura psíquica, con lo que se pone en contacto con la psicología clínica.

En tercer año, siempre como observador-participante, empieza a penetrar las implicancias emocionales y sociales en la enfermedad misma, dentro ya del paciente y no periódicamente como en las etapas anteriores, y se pone en relación, así, con la psicopatología, las correlaciones psicosomáticas, etcétera.

De cuarto año en adelante, el alumno pasa a ser agente operacional frente al enfermo, ya sea en relaciones individuales o de grupo. El estudiante adquiere ahora la noción del trabajo en equipo y actúa en diversos campos, estudiando al enfermo en todos sus matices fenomenológicos y diagnósticos y abordándolo con el total de las posibilidades terapéuticas. Es fundamental que, en esta etapa, el alumno vea enfermos de la más variada condición, de consultorio externo e internados, neuróticos y psicóticos, orgánicos y funcionales, niños y adultos, personas de distinta clase social y nivel cultural, etcétera.

Problemas pedagógicos en la enseñanza de la psiquiatría

Todos los psiquiatras de orientación dinámica coinciden en que la enseñanza de la psiquiatría encuentra su mayor escollo en la fuerte

resistencia emocional que despierta. El objeto de conocimiento y los conceptos que deben enseñarse provocan angustia, lo que hace rechazar el material de enseñanza en cuanto reactiva núcleos neuróticos de la personalidad del estudiante. El obstáculo esencial para la enseñanza de la psiquiatría está, pues, en la naturaleza misma de lo que se desea enseñar.

Frente a este singular problema se abren dos caminos. Algunos autores se inclinan a manejar estas dificultades lisa y llanamente con psicoterapia; otros, en cambio, separan rígidamente las dos cosas, temerosos de desvirtuar la finalidad docente transformando al alumno en enfermo.

Sin embargo, a poco que se observe, se comprende que los límites entre psicoterapia, aprendizaje y enseñanza son fluidos y que el problema consiste en establecer claramente las técnicas y métodos que permitan una más simple y libre enseñanza psiquiátrica, integrando ambos factores.

No se ha investigado suficientemente todavía a la luz de la psicoterapia misma el contexto de la enseñanza y el aprendizaje, para fundamentar una didáctica que de por sí incluya el factor psicoterapéutico, pero parece vislumbrarse el camino.

La integración de psicoterapia y enseñanza señala que no es lícito transformar la enseñanza en terapia y el alumno en enfermo, ni sensato eludir en el proceso pedagógico la aplicación de los principios en que la enseñanza se sustenta. No sería desde luego sensato provocar dificultades para tener oportunidad de resolverlas, pero tampoco puede resignarse el derecho de tratarlas, cuando, a pesar de todo, se presenten. El propósito es resolver en el campo mismo del aprendizaje la frecuente y perturbadora división entre teoría y práctica.

Las resistencias efectivas en el aprendizaje de la psiquiatría provienen, en efecto, de motivaciones internas, propias del alumno, y externas, del profesor y de su método.

El profesor debe estar siempre atento a sus propias limitaciones sin perder de vista que toda dificultad en la enseñanza le es en parte imputable, sea cual fuere la participación de los alumnos. La forma de exponer, la prudencia en el desarrollo del curso, el acierto en elegir los temas, etc., deben ser valorados en todo momento a la luz de la tensión que surge en los alumnos. El profesor debe tener en cuenta -y es lo más importante- el problema de las relaciones interpersonales con los estudiantes. La relación

entre maestro y discípulo moviliza siempre grandes magnitudes de afecto, y esto es particularmente cierto para la psiquiatría, por la naturaleza angustiante de sus temas. Este factor, sobre el que hemos insistido hace muchos años y destacado últimamente por Silverman, entre otros, debe interesar especialmente al profesor, que permanecerá alerta ante sus propios afectos, conscientes e inconscientes.

La psicoterapia de grupo en la enseñanza de la psiquiatría

Razones teóricas confirmadas por la experiencia práctica demuestran que la situación de grupo es el mejor recurso para enseñar la psiquiatría. El alcance del método puede oscilar desde los *grupos de enseñanza* en los cuales se desarrolla una amplia comunicación intelectual y afectiva entre el docente y los alumnos, hasta los *grupos de psicoterapia* que se desenvuelven con un estricto sentido terapéutico. Entre estos dos extremos se ubican los *grupos de aprendizaje* (Pichon-Rivière, Berman, Fey, Ganzarain, etc.), en que el factor aprendizaje se conjuga con la psicoterapia. La diferencia con los anteriores es que hay un tema de estudio; pero, con ese punto de partida, se alcanzan los factores emocionales que intervienen en la dinámica grupal.

En los grupos de aprendizaje dirigidos por uno de nosotros (Pichon-Rivière), el tema en estudio es la tarea misma de la vocación y el aprendizaje. A través de su análisis pueden irse enseñando la fenomenología psiquiátrica y la psicodinámica, al par que se cumple una tarea de clarificación y de psicoterapia que *limpia* el campo del aprendizaje.

Puede observarse en estos grupos que el temor a la locura, reconocido por todos los autores como una de las fuentes más importantes de la resistencia en el aprendizaje de la psiquiatría, toma un sesgo específico. Aparece como un temor estrictamente fóbico en que se mezclan ansiedades paranoides y depresivas frente al objeto del conocimiento. Los alumnos perciben en forma muy clara y dramática que el aprendizaje significa, en el fondo, identificarse con el objeto del conocimiento, penetrar literalmente en él. Las ansiedades paranoides aparecen como fantasías de quedar encerrado dentro del objeto, de neta connotación claustrofóbica,

acompañadas de temores hipocondríacos a la contaminación y el contagio.

El análisis precoz y sistemático de estas ansiedades específicas acorta el camino y hace posible el logro de la finalidad propuesta, la limpieza del campo operacional del aprendizaje.

Como es lógico suponer, estos conflictos aparecen con mayor intensidad en los futuros psiquiatras, en quienes, de no ser oportunamente resueltos, terminan por crear una verdadera fobia al enfermo que se resuelve en un constante eludirlo y en una técnica de tratarlo a distancia, "por delegación".

Con alumnos de tercer año de la Facultad de Ciencias Médicas de Cuyo, uno de nosotros (Etchegoyen) ha iniciado una experiencia de psicoterapia psicoanalítica de grupo. Se trata de un núcleo preformado de diez estudiantes que desean abrazar la especialidad de psiquiatría. En algo más de diez sesiones realizadas hasta la fecha, aparece una intensa dependencia de los miembros del grupo frente al terapeuta. La vocación de estos jóvenes, y otras circunstancias que no se pueden detallar ahora, explican este especial aspecto de la situación transferencial, donde no aparecen, hasta ahora, los temores fóbicos precedentemente descriptos, aunque se los presume.

Conclusiones

- 1) La actual antropología sociomédica exige una nueva y mayor enseñanza psiquiátrica.
- 2) Estos conocimientos deben darse a lo largo de toda la carrera, ya sea extendiendo el radio de acción de la cátedra de psiquiatría o creando la de psicología médica, siempre que se asegure la unidad entre ambas.
- 3) El estudiante recibirá una enseñanza donde lo informativo y lo formativo se resuelven armónicamente y cuyo desarrollo y contenido deben confiarse al titular, sin aspirar a planes de estudio rígidos y uniformes.
- 4) El programa de psiquiatría debe asegurar la unidad y secuencia del proceso docente y establecer una gradación que vaya de la comprensión común a la científica, a través de un conocimiento cada vez más profundo.

5) El acercamiento al enfermo debe ser total desde el comienzo, culminando en el estudio de enfermos diversos en cuanto a tipo nosográfico, edad, sexo, condición social, etcétera.

6) Deben funcionar, paralelamente a la oficial, cátedras de psiquiatría en que estén representadas las principales corrientes doctrinarias modernas, lo que permitirá una expansión de la psiquiatría y será útil para la formación de los futuros psiquiatras, que tendrán oportunidad de ampliar sus puntos de vista.

7) El problema pedagógico fundamental en la enseñanza de la psiquiatría es la ansiedad que provoca al alumno el contexto del aprendizaje. El profesor debe prevenir su emergencia vigilando la conducción del curso y su propia participación emocional en el proceso; pero no debe rehuir el tratamiento de las inevitables dificultades del alumno cuando se presenten.

8) Las situaciones de ansiedad que se oponen al libre curso del aprendizaje encuentran su mejor tratamiento en la psicoterapia de grupo, que puede administrarse, según las circunstancias, en distintos niveles (grupos de enseñanza, de aprendizaje, capacitación y de terapia propiamente dicha).

9) En general, los grupos de aprendizaje deben ser preferidos, porque conjugan la enseñanza con la psicoterapia.

10) Existen contenidos específicos vinculados al tema del aprendizaje (temor a la locura), que conviene analizar en forma precoz y sistemática.

PRESENTACION A LA CÁTEDRA DE PSIQUIATRÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA *

La enseñanza de la psiquiatría, como situación particular, necesita ser tomada ella misma como objeto de investigación. Tal como se realiza generalmente en nuestro país, resulta poco útil tanto para el estudiante de medicina como para el postgraduado.

El psiquiatra se mueve hoy, quiéralo o no, en un amplio contexto social donde los vínculos interpersonales y la dinámica de los grupos constituyen su materia principal. Esto no es un plan sistemático, sólo me propongo señalar algunas líneas de trabajo posibles, mejor dicho, necesarias.

1) Es necesario que el estudiante tome contacto lo más pronto posible con los problemas emocionales y sociales del hombre enfermo considerado como una totalidad. La mejor ocasión está dada cuando toma contacto "vivo" con el paciente durante el aprendizaje de las técnicas semiológicas en un Hospital General. Digo contacto "vivo" porque el primero que toma en el curso de sus estudios es un contacto "muerto" con el objeto de su oficio futuro. Este vínculo con el cadáver, único en los comienzos de la carrera médica, deja remanentes que orientan ciertas actitudes futuras.

2) Esta formación podría durar tres años, recibiendo el estudiante conocimientos de psicología y psicopatología dinámicas, psicología social, antropología, etc., como así el aprendizaje de técnicas

* Contestando al apartado i) de la lista de requisitos para la presentación a concurso que dice: "Exposición esquemática respecto de la forma con que llegado el caso dictará su cátedra. Esta exposición es absolutamente voluntaria."

psicológicas y sociales realizadas paralelamente a aquellas que tienen al cuerpo como campo de trabajo. Este conocimiento podría integrarse en el último curso a través de la clínica psiquiátrica junto con conocimientos de psicoterapia individual y colectiva. Es desde el Instituto de Psiquiatría de donde debe configurarse una nueva manera de ver al paciente, al médico y a su interrelación.

3) Los pacientes (el objeto de estudio) deben provenir de diversas clases, grupos, áreas o zonas. Por ejemplo, el paciente psiquiátrico puede provenir del Hospital Psiquiátrico (internado), del Hospital General (internado) o de consultorios externos tanto de Hospitales Psiquiátricos como de Hospitales Generales. La zona correspondiente al Hospital Psiquiátrico, fuente de casi todo el material de enseñanza, es la menos extensa y la que tiene menos aplicaciones sociales; sin embargo, casi toda la patología mental ha sido construida en base a este material y es la que habitualmente se enseña.

4) Un Instituto de Psiquiatría debe tomar especial cuidado en la formación de postgraduados. Son estos grupos de profesionales en actividad los que en mayor medida pueden contribuir a crear una conciencia psiquiátrica. Dos tipos de formación pueden realizarse: 1°) para aquel que desea ser especialista en psiquiatría y 2°) para aquel que desea aumentar la comprensión psiquiátrica de sus pacientes en la clínica general o especialidades. También es importante la formación de un personal psiquiátrico auxiliar con conocimientos de psiquiatría dinámica, sobre todo en algunos campos, como por ejemplo en psiquiatría infantil y psiquiatría industrial.

5) Un Instituto de Psiquiatría debe contribuir a la educación del público. Necesita para esto, como paso previo, realizar investigaciones sobre la opinión pública (prejuicios), actitudes sociales, etc. Aquí residen situaciones claves que deben ser esclarecidas y manejadas por una Psiquiatría Social y Preventiva. El estudiante de medicina debe familiarizarse con las técnicas de investigación social, como encuestas, entrevistas, observaciones en grupos, métodos estadísticos, etcétera.

6) Todo Centro Universitario debe tener como anexo al Instituto de Psiquiatría un Servicio de Salud Mental para estudiantes, tal como existen en algunos institutos norteamericanos. El aprendizaje de la psiquiatría se ve a menudo perturbado por la emergencia de situaciones de ansiedad implicadas en la situación interpersonal

paciente-médico. Las terapias colectivas pueden ser aquí de gran ayuda.

7) La investigación estrechamente ligada a la práctica (y ésta al aprendizaje) depende del tipo de formación del psiquiatra. Este es nuestro personaje principal, ya que no hay "cuestión psiquiátrica" que no se relacione directamente con las características de la formación e ideología del psiquiatra.

En síntesis, debemos romper los estrechos límites en que se mueve la psiquiatría académica. Al ampliar su campo operacional la psiquiatría tomará el lugar que le corresponde en la formación universitaria del médico de hoy.

PROLOGO AL LIBRO DE F. K. TAYLOR
“UN ANÁLISIS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL” *

Iniciamos, con la publicación de este libro, las Ediciones de la Escuela (Primera Escuela Privada de Psiquiatría Social). Nuestro propósito fundamental es dotar de instrumentos de trabajo a nuestros alumnos, y cumplir así la cuarta etapa de la estructuración de una escuela. En términos generales, el término escuela tiene tres acepciones corrientes: 1) Lugar (local, edificio, casa) donde se instruye a varios individuos; 2) conjunto de profesores y alumnos de una misma enseñanza, y 3) la doctrina o sistema que ha impreso a una rama de la ciencia o del arte una dirección determinada. A estas tres acepciones consideramos imprescindible agregar, en 4º lugar, la de fuentes materiales e instrumentos de información adecuadamente operativos en relación con el esquema general de la escuela. Este aspecto o componente de una escuela es el que nos proponemos desarrollar ahora, mediante la labor editorial que inauguramos con el presente trabajo.

Nuestra experiencia señala, como un hecho cada vez más convincente, que el hombre no es comprensible por sí mismo (o en sí mismo), y que el estudio de su contexto social, inmediato o mediato, hace posible no sólo su comprensión sino que también da las bases para una operación correctora de su conducta social desajustada. Una observación sistemática, junto al análisis de las operaciones de la mente en su interrelación social y en continuo intercambio, centrados en la tarea, constituyen los supuestos básicos o el esquema conceptual referencial y operativo (ECRO) con

* Taylor, F. K., Un análisis de la psicoterapia grupal, Primera Escuela Privada de Psiquiatría Social, Buenos Aires, 1963.

el cual operamos en la técnica que hemos elaborado, denominada grupos operativos (1947). Sobre el fundamento de una psicopatología grupal proponemos una psicoterapia por el grupo centrada en la tarea, junto al análisis sistemático de las dificultades en la tarea, ya se trate del aprendizaje, de la curación, de la creación, etc. El grupo es el agente de la cura, y el terapeuta refleja y devuelve las imágenes de esa estructura en continuo movimiento, encarnando además las finalidades del grupo.

El mérito principal del libro de F. K. Taylor es el de señalar pautas de evaluación de la psicoterapia grupal; es decir, se centra en una de las tareas esenciales y en pleno desarrollo en todos los campos de la investigación científica actual: el problema de la evaluación. Hemos acumulado gran cantidad de experiencia y de datos, pero lo que nos falta -y Taylor inicia brillantemente esta etapa- son criterios de evaluación de nuestra tarea, o sea, construir índices capaces de ser utilizados por otros investigadores para establecer comparaciones entre experiencias similares. Puede observarse que, en el campo de la psicoterapia grupal, reina una gran confusión debida a la existencia de múltiples esquemas referenciales de trabajo, en medio de la notoria escasez de trabajos sobre criterios y técnicas de evaluación. Taylor inicia, con este libro, una etapa de análisis sistemático del campo mismo de nuestra propia tarea. A partir de esta obra, podemos decir que empezamos a tener puntos de referencia que han de servir para orientarse a través de la gran experiencia acumulada por investigadores de todo tipo y de una caótica bibliografía que nos exhibe toda suerte de esquemas referenciales, pero sin explicitarlos con la suficiente claridad. J. B. Pontalis denomina "empirismo caótico" a esta situación que se observa hoy en el contexto de la investigación psicosocial de los grupos restringidos.

Para Taylor, un grupo terapéutico, o cualquier otro grupo restringido, proporciona dos tipos de datos bien diferenciados e independientes: por una parte, acciones e interacciones individuales y, por otra, observaciones microsociológicas que caracterizan al grupo como un todo, o a sus diversas estructuras, sin tener en cuenta los individuos. La evaluación se basa en los cambios de los síntomas. Taylor no sólo nos relata el desarrollo y las vicisitudes de un grupo terapéutico concreto, sino que además realiza el análisis sistemático de la propia tarea, así como la evaluación de los

cambios observados en las dos direcciones señaladas. En una crónica detallada de un grupo terapéutico, pueden observarse la técnica empleada, las operaciones realizadas, centradas en la etapa, y la aplicación de los postulados o esquemas referenciales, que luego somete a un análisis profundo.

Comienza haciendo una evaluación general de todas las psicoterapias, individuales y grupales, tratando de establecer las constantes que en ellas pueden observarse. Se ocupa, a continuación, de los métodos empleados en psicoterapia de grupo y señala las direcciones principales de la técnica. Luego trata de la selección de los pacientes para la psicoterapia de grupo, y de las tareas del grupo, con miras a lograr: a) la revelación honesta de sí mismos; b) la descripción de experiencias significativas, y c) la elaboración de interpretaciones que hagan comprensibles las respuestas neuróticas. A continuación se refiere a los efectos emocionales del grupo, a la estabilidad y tamaño del mismo. Un grupo -dice Taylor presenta datos observables en sus diferentes momentos y que emergen -en forma simultánea o consecutiva- de la compleja conducta en el diálogo y en la acción de los individuos, que actúan en parejas, en tríos, o en otras configuraciones interpersonales, sobre otros individuos o sobre otras configuraciones interpersonales, sobre el grupo como totalidad o sobre el analista, o reaccionan contra ellos mismos.

Con el análisis del contenido de las conversaciones, Taylor comienza a esclarecer las operaciones que se realizan en el grupo; continúa luego con el análisis de la interacción verbal en dichas discusiones. Aquí comienza ya a analizar el proceso de interacción y a establecer coeficientes, índices y curvas, que sirven para objetivar los procesos del grupo. La medida de la interacción verbal, con los puntajes de las interacciones individuales y totales, sirven ya para extraer numerosas inferencias sobre el grado de participación, la vivacidad de las discusiones, y otros elementos significativos en el desarrollo del grupo.

Dice Taylor que el estudio sobre el contenido de las discusiones del grupo y las características conversacionales resulta incompleto si no se investigan los sentimientos, opiniones y actitudes de los miembros entre sí y del grupo como totalidad, utilizando en forma práctica y sencilla los métodos de la sociometría creados por Moreno.

A continuación, en el capítulo titulado "Relato de una experiencia de Psicoterapia de Grupo" (capítulo central del libro), Taylor describe los acontecimientos más importantes ocurridos en un grupo terapéutico tratado por él unos diez años antes de la publicación de su libro. No sólo relata lo sucedido durante la psicoterapia de grupo, sino que suministra datos sobre la evolución de estos pacientes una vez terminado el tratamiento. Allí describe las distintas fases de un tratamiento psicoterápico grupal, así como el resultado del mismo y hace un análisis detallado del grupo terapéutico, en términos de cambios de los síntomas, medidas y resultados terapéuticos, la vivacidad de las discusiones del grupo, la pendiente de participación, la jerarquía de las posiciones conversacionales, etc., centrandó finalmente su atención sobre mecanismos tales como una atención cordial, la reducción temporaria de las restricciones sociales, la confesión de las faltas cometidas, la catarsis emocional y la interpretación del significado de los síntomas o de la enfermedad. A este respecto, sostiene que la actividad del grupo terapéutico consiste principalmente en el intercambio de emociones y de comunicaciones verbales.

Nos referíamos, al principio, a la confusión que puede observarse en el material acopiado por la experiencia en la psicoterapia de grupo, ese "empirismo caótico" a que se refiere Pontalis. Evidentemente, una tarea nos falta realizar: la ubicación ideológica de los distintos esquemas referenciales empleados. La acusación de "artificialismo" a veces parece bien fundada, lo mismo que la de cierta "mistificación". F. Bourricaud escribe a propósito de esto: "El estudio de los pequeños grupos sin pasado, sin localización territorial precisa, resulta peligroso cuando sólo hace uso de mecanismos psicológicos superficiales y pone de manifiesto los estereotipos, dejando escapar la profundidad espacial, el espesor temporal de la realidad social." Por eso dice Pontalis que es conveniente comenzar por interrogarse sobre los supuestos ideológicos, teóricos y técnicos de las experiencias de grupo, interrogación necesaria y permanente para toda indagación en la que el observador, con su horizonte personal, político y social, está ya manifiestamente ligado a la observación. El libro de Taylor pone en orden muchas ideas, cosa que nos permite pasar a esta segunda etapa de la evaluación en el terreno de las ideologías científicas.

Consideramos que para el lector común habría algunas dificultades en la lectura y apreciación de los aspectos matemáticos

y estadísticos de la evaluación. Por ese motivo, la doctora Nuria Cortada de Kohan ha escrito, a nuestro pedido, algunas notas que han clarificado considerablemente el libro, facilitando así su lectura.

TÉCNICA DE LOS GRUPOS OPERATIVOS *

(en colaboración con los doctores José Bleger, David Liberman y Edgardo Rolla)

La investigación social ha adquirido en los últimos tiempos gran importancia debido a la multiplicidad de hechos incorporados a su campo de estudio, así como al progreso de sus métodos y técnicas.

Los resultados obtenidos, cada vez más precisos y concretos, han contribuido decididamente tanto al conocimiento de la sociedad, como a la solución de agudos problemas. La tarea más o menos explícita que se propone el psicólogo social al planificar y realizar cada indagación puede definirse como el intento de descubrir, entre otras cosas, cierto tipo de interacciones que entorpecen el desarrollo pleno de la existencia humana. Pero esto representa sólo un aspecto de los propósitos, pues toma también como objeto de indagación el descubrimiento de los factores que favorecen aquel desarrollo aludido.

El psicólogo social, para poder operar con eficacia, necesita un largo aprendizaje de su oficio. Es considerado por su medio de dos maneras bien opuestas. Por un lado es desvalorizado, mientras que por otro es sobrevalorizado en su tarea, con la misma intensidad. Esta situación condiciona tensiones en él, y entre él y los grupos, ya que negación y omnisciencia forman un conjunto difícil de manejar.

El psicólogo social aborda cuestiones fundamentales y, al indagar en profundidad tanto en individuos como en grupos, debe evitar lo mismo conductas de huida que sufrir el influjo de las opiniones corrientes de su medio inmediato. Por otro lado, debe

* Acta Neuropsiquiátrica Argentina, 6, 1960. 107

saber que está incluido, comprometido, en el terreno mismo de sus indagaciones, y que al operar produce de cualquier manera un impacto determinado. La posibilidad de realizar su trabajo depende en gran medida de un clima particular, que se puede preparar o condicionar por medio de técnicas de planificación, transformando esta situación en el campo propicio para la indagación activa, por medio de técnicas que Kurt Lewin llama laboratorio social.

El punto de partida de nuestras investigaciones sobre los grupos operativos, tal como hoy los concebimos, arranca de lo que denominamos la Experiencia Rosario (realizada en 1958). Dicha experiencia estuvo a cargo del Instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES) y fue planificada y dirigida por su director, el doctor Enrique Pichon-Rivière. Se contó para ello con la colaboración de la Facultad de Ciencias Económicas, del Instituto de Estadística, de la Facultad de Filosofía y su Departamento de Psicología, de la Facultad de Medicina, etcétera.

Esta experiencia de laboratorio social, o de trabajo en una comunidad, se hizo efectiva mediante el empleo de ciertas técnicas y tuvo como propósito la aplicación de una didáctica interdisciplinaria, de carácter acumulativo, utilizando métodos de indagación de la acción o indagación operativa.

El esquema que reproducimos condensa gráficamente todos los momentos de la Experiencia Rosario:

FIGURA 1

A) Preparación del equipo de trabajo en IADES con técnicas grupales. La experiencia fue planificada mediante una estrategia y una práctica operativa de carácter instrumental. En la ciudad

de Rosario y en algunos sitios concurridos por estudiantes se colocaron afiches para hacer la publicidad de la experiencia.

B) La operación propiamente dicha siguió los siguientes pasos: 1) En el aula magna de la Facultad de Ciencias Económicas, el coordinador general de la operación desarrolló el significado de la experiencia, dando algunos temas que fueron elaborados posteriormente en los grupos. En el total del público concurrente se contaban profesores, estudiantes universitarios, de ciencias económicas, psicología, filosofía, diplomacia, medicina, ingeniería, etc., así como autodidactas, artistas, deportistas y público en general. 2) Primera sesión de grupos heterogéneos que se reunieron al finalizar dicha exposición con un promedio de nueve miembros por grupo, elegidos al azar. Los mismos fueron conducidos por un coordinador, contando cada uno con la presencia de uno o dos observadores. El coordinador actuaba como orientador, favoreciendo la comunicación intragrupal y tratando de evitar la discusión frontal. El observador registraba todo lo que acontecía en el grupo a través de un enfoque panorámico. Estas sesiones tuvieron una duración de cuatro horas, funcionando un total de quince grupos heterogéneos. 3) Reunión del equipo IADES con el coordinador general, a efectos de controlar y analizar la tarea realizada hasta ese momento, resumiendo en particular la labor efectuada en los grupos. 4) Segunda sesión de los grupos heterogéneos con los mismos participantes. Tanto el coordinador como el observador ya habían analizado las tareas de la sesión anterior y enfrentaban al grupo con una creciente capacidad de comprensión. 5) Nueva reunión del grupo IADES con el coordinador general, para controlar la segunda sesión de los grupos heterogéneos. 6) El doctor Pichon-Rivière vuelve a exponer ante el público en el aula magna citada, con asistencia de un número mayor de personas. El carácter de este paso de la experiencia evidencia un cambio radical con el anterior; la concurrencia esta vez funcionó como grupo y no como público. La finalidad de esta reunión era traer el material trabajado por grupos y crear una situación en espejo, en la que los miembros se "reconocen" como individuos separados y como integrantes de los grupos, a través de los diferentes temas emergentes. 7) Sesiones de grupos homogéneos; funcionaron en total: cinco grupos de medicina psicosomática, tres de

psicología, uno de boxeadores, uno de estadística, uno de pintores y uno de corredores de seguros. 8) Tercera sesión de control del equipo IADES Con el coordinador general. 9) última exposición del doctor Pichon-Rivière, en la que participaron integrantes de grupos homogéneos y heterogéneos.

C) Intervalo entre esta experiencia y una próxima a realizarse. Queda funcionando en el Instituto de Estadística de la Facultad de Ciencias Económicas, a manera de departamento de relaciones públicas, una secretaría que establece contacto entre quienes desean informes y el IADES. En este tiempo se espera la formación de grupos. Varios ya funcionan. Uno está formado por estudiantes porteños que estudian en Rosario. Otro quedó integrado en aquella ciudad dispuesto a trabajar en encuestas sociales. Existen también otros dispuestos a operar frente a problemas concretos que atañen a la comunidad rosarina (entre ellos hay estudiantes de medicina, arquitectura, estadística e ingeniería) en el terreno de las relaciones humanas, las relaciones industriales y la enseñanza.

Esta didáctica que promueve Pichon-Rivière es interdisciplinaria, acumulativa, interdepartamental y de enseñanza orientada.

La didáctica interdisciplinaria se basa en la preexistencia en cada uno de nosotros de un esquema referencial (conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y hace) y que adquiere unidad a través del trabajo en grupo, promoviendo a la vez, en ese grupo o comunidad, un esquema referencial operativo sustentado en el común denominador de los esquemas previos.

Una de las definiciones clásicas de la didáctica es la de desenvolver aptitudes y comunicar conocimientos. En la didáctica interdisciplinaria se cumplen funciones de educar, de despertar interés, instruir y transmitir conocimientos, pero por medio de una técnica que redunde en economía del trabajo de aprendizaje, puesto que al emplear ese método acumulativo mencionado, la progresión no es aritmética sino geométrica.

La didáctica interdisciplinaria propicia la creación de departamentos, donde los estudiantes de las distintas facultades concurren a estudiar determinadas materias comunes a sus estudios;

es decir, que tendríamos así la conjunción de los diversos grupos de alumnos en un mismo espacio, creando interrelaciones entre ellos.

Esta orientación, con diferencias de intensidad, existe en algunos colegios y universidades extranjeros, que han sentido la necesidad de fundamentar una enseñanza más vocacional y sintética. Tomando estos elementos históricos en forma ordenada, podemos señalar algunas etapas primordiales de su desarrollo:

1) Departamento especializado.

2) Comités de articulación interdepartamental y otros dispositivos de coordinación, agrupando a representantes de distintas disciplinas.

3) Un coordinador o encargado de establecer enlaces entre las distintas disciplinas, tal como existe actualmente en la escuela de periodismo de Yugoslavia; un método de enseñanza orientada, en que la articulación se revela muy fecunda, al orientar en un sentido la tarea específica de enseñanza de diversas disciplinas, como se aplica por ejemplo, en la escuela de Ciencias Políticas en la Universidad de Princeton y en Ouro Preto (Brasil).

4) El método llamado interdisciplinario. En el colegio arriba mencionado también se hicieron tentativas, pero sin centrar el problema alrededor de un esquema referencial dado.

5) La didáctica interdisciplinaria ha sido tema de esta experiencia de Rosario. Allí los departamentos aludidos funcionarían bajo la dirección del profesor de la materia, que se encargaría de instruir a su equipo de jefes de trabajo o monitores. Éstos, a su vez, serían los encargados de transmitir el conocimiento concreto a los estudiantes, tal como lo realizamos los autores en la Escuela Privada de Psiquiatría del IADES (1959). De esa forma, el profesor queda en condiciones de poder perfeccionar e investigar en la materia a su cargo.

En Rosario se empleó como estrategia la creación de una situación de laboratorio social; como táctica, la grupal y como técnica la de grupos de comunicación, discusión y tarea.

Sabido es que en sociología es posible efectuar experimentos que se pueden calificar tan legítimamente de científicos como los hechos en física o en química. Y el llamado laboratorio social

está constituido por la reunión, en un mismo equipo de trabajo, de personas deseosas de traer a la comunidad que las rodea cierto número de modificaciones de actitudes, sobre la base de un estudio detallado de la situación y por medio de un programa de acción racionalmente concebido. El laboratorio social, pues, no se limita a una breve sesión de trabajo, durante la cual los participantes discuten en común los proyectos previstos. Dicha sesión es generalmente la fase decisiva de la organización del laboratorio, en el que la acción y la investigación son inseparables.

Ahora bien, los grupos de discusión y tarea, en los que se estructuran mecanismos de autorregulación, son puestos en funcionamiento por un coordinador, cuya finalidad es lograr una comunicación dentro del grupo que se mantenga activa, es decir, creadora.

La misma comprende el estudio en detalle, en profundidad y en el ámbito total, de todas las partes de un problema, a los efectos de ayudar a solucionarlo en forma eficaz. Surge de esta definición -y esto es realmente lo más importante- la necesidad de trabajar en grupos formados por integrantes de diversas especialidades (heterogéneos) que competen al problema que se va a estudiar. La indagación operativa puede dar bases sólidas como para tomar decisiones, lo que aumenta considerablemente la efectividad. Su método consiste, entre otras cosas, en observar los elementos comunes a cierto tipo de problemas y analizar las posibles soluciones; aun en los casos en que no se introduzcan nuevos medios, busca la optimización de los ya existentes. El terreno en el que más frecuentemente se ha utilizado la indagación operativa es el de los llamados problemas ejecutivos que surgen de la necesidad de división, especialización y coordinación de las tareas comerciales e industriales. Otro terreno de aplicación preferencial -y en el cual se inició organizadamente esta clase de estudios- es el de la resolución de problemas de logística, táctica y estrategia militar.

En estas técnicas grupales la función del coordinador o copensor consiste esencialmente en crear, mantener y fomentar la comunicación, llegando ésta, a través de un desarrollo progresivo, a tomar la forma de una espiral, en la cual coinciden didáctica, aprendizaje, comunicación y operatividad.

6) La indagación de la acción (action research), verdadera indagación operativa, toma por tarea el esclarecimiento de las operaciones que acontecen y tienen vigencia en el ámbito del grupo. Es así como se logra una comunicación operante, una planificación y una estrategia que condicionan tácticas y técnicas de decisión y de autorregulación.

7) Los sistemas referenciales correspondientes a estos grupos son indagados tanto en su estructura interna (análisis intrasistémico) como en sus relaciones con los sistemas de otros grupos (análisis intersistémicos). Entre otras cosas pueden descubrirse sistemas cerrados, estereotipados, así como sistemas abiertos, o con cierres transitorios, pudiendo, por el grado de ansiedad implicado, transformarse en sistemas rígidos, que actúan como círculos viciosos. La tarea esencial del coordinador es dinamizar, resolviendo discusiones frontales que ocasionan el cierre del sistema, pudiendo utilizarse al observador como observador participante en situaciones donde el cierre amenaza toda la operatividad del grupo.

Los grupos pueden ser más o menos heterogéneos (por ejemplo: estudiantes de distintas facultades) o más o menos homogéneos (estudiantes de una misma facultad); la experiencia señala la utilidad de los grupos heterogéneos en tareas concretas, donde frente a una máxima heterogeneidad de los componentes se puede lograr una máxima homogeneidad en la tarea, midiéndose la eficiencia del grupo en términos dados por variantes cuantitativas de estos principios.

8) Otro fenómeno observado, y que se transforma en un vector de interpretación, es que el pensamiento que funciona en el grupo va desde el pensar vulgar o común hacia el pensamiento científico, resolviendo las aparentes contradicciones y estableciéndose una secuencia o continuidad genética y dinámica entre uno y otro. Es tarea importante del coordinador señalar un punto de partida falso, como es el de comenzar trabajando con un pensamiento científico no elaborado y sin haber analizado previamente "las fuentes vulgares del esquema referencial".

Una problemática dialéctica sirve de encuadre general, tendiente a indagar tanto el contexto de la operación como las contradicciones que surgen en su intimidad. La formulación de conceptos básicos y la clasificación sistemática del problema, pertenecientes

a un dominio particular del conocimiento o al conjunto de éste, completan la labor. Impídense así la configuración de la situación dilemática, base de los estereotipos de conducta. La indagación de actitudes colectivas, formas de reacción más o menos fijas, falta de plasticidad, los prejuicios, etc., aparecen como emergentes principales. El aprender a pensar, o mayéutica grupal, constituye la actividad libre del grupo, donde no deben regir exclusiones sino situaciones de complementariedad dialéctica (síntesis). Esto implica impulsar la formación de la espiral.

9) El análisis de las ideologías es una tarea implícita en el análisis de las actitudes y del esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO) ya mencionado.

Las ideologías (Schilder) son sistemas de ideas y connotaciones que los hombres disponen para orientar mejor su acción. Son pensamientos más o menos conscientes o inconscientes, con gran carga emocional, considerados por sus portadores como resultado de un puro raciocinio, pero que, sin embargo, frecuentemente no difieren en mucho de las creencias religiosas, con las que comparten un alto grado de evidencia interna en contraste con una escasez de pruebas empíricas. Las ideologías son un factor fundamental en la organización de la vida. Pueden transmitirse de padres y maestros a hijos y alumnos por procesos variados de identificación. Muy a menudo el propio sujeto ignora la existencia de ellas; no están explicitadas, pero son siempre operantes. La ideología, tal como aparece en su contenido manifiesto, puede ser comprensible o no; pero lo que se hace necesario es analizar su infraestructura inconsciente. Las ideologías son formuladas en palabras; por lo tanto, el análisis de las palabras o del lenguaje, análisis semántica semantístico, constituye, además del análisis sistémico, una parte fundamental en la indagación de las ideologías. Estas no suelen formar un núcleo coherente, sino que, por regla general, coexisten varias ideologías de signo contrario, determinando diferentes grados de ambigüedad (índice de ambigüedad). Esta ambigüedad se manifiesta en forma de contradicción, y es por esto que el análisis sistemático de las contradicciones (análisis dialéctico) constituye una tarea esencial en el grupo. El grupo debe configurar un esquema conceptual, referencial y operativo de carácter dialéctico, donde las contradicciones principales referidas al campo de trabajo deben

ser resueltas durante la tarea misma del grupo. Todo acto de conocimiento enriquece el esquema conceptual, referencial y operativo, que se realimenta y mantiene flexible o plástico (no estereotipado) . Este aspecto es observado a través de procesos de ratificación de conductas o de rectificación de actitudes estereotipadas (o distorsionadas), mantenidas en vigencia como guardianes de determinadas ideologías o instituciones. Al funcionar dichas ideologías de una manera más o menos inconsciente, se constituyen en barreras que impiden la irrupción de nuevas soluciones en forma de emergentes con características de descubrimientos o invenciones.

10) Grupo y praxis. Teoría y práctica se integran en una praxis concreta, adquiriendo ésta su fuerza operativa en el campo mismo del trabajo, en forma de logros determinados que siguen una espiral dialéctica. El esquema conceptual, referencial y operativo se transforma así en el instrumento de trabajo de cada individuo en su interacción grupal orientada.

11) Grupos de referencia. El análisis de las relaciones entre el intragrupo y el extragrupo revela que no siempre son estas relaciones de carácter antagónico. Cuando un grupo cambia su actitud hacia otros -se hace amistosa, por ejemplo- el grupo puede tomar como marco de referencia para comparar sus propias situaciones internas a dichos grupos,- el extragrupo actúa entonces, en relación con el primero, como grupo de referencia. Las semejanzas resultantes pueden ser comprendidas como una especie de emulación y tienen por base complicados procesos de identificación. Esto se manifiesta, entre otras cosas, como expresiones de deseos de ingresar al grupo de referencia al que se ha tomado como modelo.

12) Teoría del aprendizaje y la comunicación. El individuo o el grupo se expresan tanto en la manera de formular sus problemas como en el contenido mismo del discurso. Podemos decir que la comunicación es un contexto que incluye un mundo de señales que todos aquellos que se intercomunican saben codificar y decodificar de la misma manera. Podemos así también definir el esquema conceptual, referencial y operativo en términos de comunicación e información, al señalar que estos procesos de codificación y decodificación de señales pertenecen a esquemas referenciales individuales y de los grupos a través de los

que se hace posible, según sea el funcionamiento y la estructura de estos esquemas, configurar situaciones de entendimiento y malentendimiento. En última instancia, la comunicación grupal es posible por la existencia de un esquema conceptual, referencial y operativo de carácter grupal. Durante el desarrollo del niño, es posible observar el pasaje de un lenguaje autístico a un lenguaje social, en la medida en que esta comunicación es capaz de condicionar relaciones sociales operantes. En un grupo esta comunicación tiende naturalmente a tomar el curso de una espiral dialéctica, que coincide, o es en todo caso paralela, al curso que sigue el aprendizaje. Ambos procesos, tal como resultan de nuestras indagaciones, son coexistentes y cooperantes, y la interrelación dinámica permanente se establece entre ellos desde el comienzo. Ejemplificando, podemos decir que el aprendizaje sigue el riel de la comunicación y viceversa.

13) Estudio de las constantes y variables como vector de interpretación. Las variables pueden ser la estabilidad relativa, la imposición, la recurrencia, la conciencia o la sanción del grupo o de la sociedad. El reconocimiento de ellas como cualidades hace posible una investigación y verificación posterior más precisa.

Pueden ser las cualidades más importantes para la definición de carácter de un grupo determinado, en un lugar y en un momento dados. El desarrollo de un conjunto adecuado de secuencias para el mensuramiento de las variables grupales contribuirá al estudio objetivo del grupo tanto como otros métodos.

14) Unidad del aprender y del enseñar. Enseñar y aprender siempre operan dentro de un mismo marco de trabajo. Forman una estructura funcional y sólo considerados así pueden organizarse y adquirir un carácter operativo y una vigencia que determinen la forma y función instrumental de una estructura dinámica. El esquema referencial que sirve de encuadre y favorece la emergencia de dicha estructura funcional incluye -entre otros elementos- el de la materia involucrada con la cual se está trabajando en cada una de estas unidades, y que contiene algo que es desconocido o poco conocido hasta entonces por el grupo.

Es en este campo donde debe indagarse la función de dicha unidad, que implica, a su vez, una serie de operaciones. Economizar tarea en dicha indagación es uno de los propósitos principales

de una buena didáctica y un buen aprendizaje operante, siendo la indagación de los métodos (directos e indirectos) correspondientes a esas unidades complejas y a veces paradójicas una parte importante de la tarea.

Pueden describirse (Johnson) cinco etapas o momentos de la operación: a) Existencia de un estado de duda causado por el problema planteado; b) Estado de tensión o acción bloqueada; c) Emergencia subsiguiente de un problema; d) Formulación de una hipótesis; vicisitudes de las pruebas, elección de la más apropiada, y e) Como consecuencia del manejo de dicha hipótesis, se llega a la formulación de un concepto que debe representar la forma y el contenido más adecuado de la resolución de la duda anterior, en una situación encuadrada en el "aquí, ahora y conmigo".

Debemos identificar básicamente el acto de enseñar y aprender con el acto de inquirir, indagar o investigar, y caracterizar la unidad "enseñar y aprender" como una continua y dialéctica experiencia de aprendizaje en espiral, donde en un clima de plena interacción descubren o redescubren, aprenden y "se enseñan".

15) Para Kurt Lewin, los problemas de decisión de grupo son esenciales para considerar muchas cuestiones básicas, tanto en la psicología social como en la individual. Este problema tiene que ver con la relación existente entre la motivación y la acción consiguiente, y con el efecto que la estructura grupal tiene sobre la disposición del individuo para modificar o conservar ciertas pautas de conducta. Kurt Lewin relaciona también este problema con un aspecto fundamental de la determinación de la acción humana: cómo modificar la conducta de un grupo en una situación de cambio, para que ella no recaiga al poco tiempo en la pauta anterior ya superada. La decisión del grupo es un problema de conducción social (o también de autoconducción del grupo) y se relaciona principalmente con las articulaciones existentes entre las motivaciones (motivos más ansiedades) y la acción individual o grupal. El efecto de la decisión del grupo debe ser comprendido en el encuadre integrado por la teoría de los equilibrios sociales y en la teoría de los hábitos sociales, la resistencia al cambio y los diversos problemas de descongelamiento, cambio y congelamiento de niveles sociales.

Conclusiones

Podemos resumir las finalidades y propósitos de los grupos operativos diciendo que la actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas al monto de ansiedad que despierta todo cambio (ansiedad depresiva por abandono del vínculo anterior y ansiedad paranoide creada por el vínculo nuevo y la inseguridad) Estas dos ansiedades son coexistentes y cooperantes, y si son intensas pueden lograr el cierre del sistema (círculo vicioso).

Los roles tienden a ser fijos en el comienzo, hasta que se configura la situación de liderazgos funcionales, es decir, liderazgos operativos que se hacen más eficaces en cada "aquí y ahora" de la tarea.

Los grupos pueden ser verticales, horizontales, homogéneos u heterogéneos, primarios o secundarios, pero en todos se observa una diferenciación progresiva (heterogeneidad adquirida) en la medida en que aumenta la homogeneidad en la tarea . Dicha tarea depende del campo operativo del grupo. Si se trata de un grupo terapéutico, la tarea es resolver el común denominador de la ansiedad del grupo que adquiere en cada miembro características particulares. Es la curación de la enfermedad del grupo. Si es un grupo de aprendizaje de psiquiatría, por ejemplo, la tarea consiste en la resolución de las ansiedades ligadas al aprendizaje de esta disciplina y en la facilitación para asimilar una información operativa en cada caso. Lo mismo diríamos, en general, de grupos industriales, grupos cuya tarea es la comprensión del arte, de equipos deportivos, como un equipo de fútbol, etc.

El propósito general es el esclarecimiento, en términos de las ansiedades básicas, aprendizaje, comunicación, esquema referencial, semántica, decisiones, etcétera. De esta manera coinciden el aprendizaje, la comunicación, el esclarecimiento y la resolución de tareas, con la curación. Se ha creado un nuevo esquema referencial.

El coordinador, con su técnica, favorece el vínculo entre el grupo y el campo de su tarea en una situación triangular. El vínculo transferencial debe ser comprendido siempre en este último contexto.

La aplicación de esta técnica a grupos primarios (familia, por ejemplo) donde la tarea es curar a algunos de sus miembros, ofrece el ejemplo más significativo. La familia se organiza, mejor dicho se reorganiza poco a poco, con las características de un grupo operativo contra la ansiedad del grupo acaparada por su portavoz (el enfermo). Los roles se redistribuyen, adquieren características de liderazgos funcionales; los mecanismos de segregación que alienan al paciente disminuyen progresivamente; la ansiedad es redistribuida y cada uno se hace cargo de una cantidad determinada. Así, el grupo familiar se transforma en una empresa y el negocio que realiza es la curación de la ansiedad del grupo a través de uno de sus miembros. La envidia intra e intergrupala disminuye, observándose como cambio de buen pronóstico la aparición de reacciones de gratitud de ambos campos.

Resumen

Se fundamenta la teoría de los grupos operativos siguiendo las ideas de Pichon-Riviére. El esquema o marco conceptual (referencial y operativo) incluye, además de la concepción general de los grupos restringidos, ideas sobre la teoría del campo, la tarea, el esclarecimiento, el aprendizaje, la indagación operativa, la ambigüedad, la decisión, la vocación, las técnicas interdisciplinarias y acumulativas, la comunicación y los desarrollos dialécticos en espiral. Otros conceptos se refieren a estrategia, táctica y técnica, así como a horizontalidad y verticalidad, descubrimientos de universales, sumación de ideas (*brain storming*), etcétera.

En cierta medida, estas ideas se inspiran en las técnicas de los comandos; pero su verdadero nacimiento y desarrollo se inicia después de lo que denominamos Experiencia Rosario, una investigación de carácter interdisciplinario y acumulativo, que se realizó sobre una comunidad heterogénea de dicha ciudad por miembros del Instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES). Los resultados tuvieron una influencia decisiva, tanto sobre la teoría como sobre la práctica de los grupos operativos aplicados a la didáctica (enseñanza de la psiquiatría, comprensión del arte, etcétera), la empresa, la terapéutica (grupos familiares), la publicidad, etcétera. La técnica de estos grupos está centrada en la

tarea donde teoría y práctica se resuelven en una praxis permanente y concreta en el "aquí y ahora" de cada campo señalado.

Las finalidades y propósitos de los grupos operativos pueden resumirse diciendo que su actividad está centrada en la movilización de estructuras, estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio (ansiedad depresiva por abandono del vínculo anterior y ansiedad paranoide creada por el vínculo nuevo y la inseguridad consiguiente). En el grupo operativo, el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial.

GRUPOS OPERATIVOS Y ENFERMEDAD ÚNICA *

El presente trabajo, en el que desarrollamos algunos de los conceptos básicos de nuestra teoría de la enfermedad única, así como de la teoría y técnicas de los grupos operativos, fue elaborado como introducción metodológica a la reseña de una experiencia realizada por el doctor Abraham Korob, en una sala del Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres. En dicha experiencia el doctor Korob empleó la técnica de grupo operativo, reelaborando con nosotros el material recogido en un total de 1.374 horas de tarea grupal, material que permitió la verificación de algunas de las proposiciones básicas de nuestro esquema referencial.

Ya en nuestros primeros trabajos sobre esquizofrenia señalamos la existencia de un núcleo psicótico central, situación depresiva básica, patogenética, siendo todas las estructuras patológicas tentativas de elaboración o desprendimiento de dicha situación nuclear. Toda nuestra investigación se centró en esta línea conceptual, en una praxis continua, en la que teoría y práctica se enriquecían en una realimentación permanente.

Hablamos de "enfermedad única", en la medida en que consideramos a la depresión como situación básica patogenética y a las otras estructuras patológicas -configuradas sobre la base de una *estereotipia* de las técnicas del yo (mecanismos de defensa) características de la posición esquizoparanoide- como tentativas

* Desarrollo actualizado de la introducción metodológica al correlato de los Dres. Pichon-Rivière y Korob presentado en el Congreso Internacional de Psiquiatría, Madrid, 1965.

fallidas e inadecuadas de curación. De esta inadecuación (perturbación de la lectura de la realidad) deriva el carácter patológico de dichas estructuras.

Podemos esquematizar de la siguiente manera los principios que intervienen en la causación de una estructura, sea ésta patológica o normal.

1) *Policausalidad*: cuyos parámetros son: a) el *factor constitucional* con sus elementos: el genético y el precozmente adquirido en la vida intrauterina, situación esta última en la que el feto está ya en relación (a través de su vínculo con la madre) con el medio social, operando desde este momento la situación triangular (relación de la madre con su pareja, familia, etcétera). El factor constitucional, al conjugarse con el impacto en el grupo familiar, configura el b) *factor disposicional*: punto del desarrollo del sujeto, caracterizado por determinadas técnicas defensivas, al que se regresa una vez desencadenado el proceso de enfermedad. Lo disposicional determinará el estilo personal, en la resolución del núcleo patogenético, dependiendo en gran medida de este factor la sintomatología predominante. c) el *factor actual*: describable como privación o pérdida de una intensidad tal, que no puede ser elaborada con las técnicas adaptativas habituales; determina la *regresión* a un punto del desarrollo (disposición).

2) *Pluralidad fenoménica*. En la formulación de este principio hemos tenido en cuenta el concepto de área de expresión fenoménica (mente, cuerpo, mundo). El diagnóstico se orienta por la multiplicidad sintomática que se manifiesta preferentemente en un área, en tanto que un análisis estratigráfico muestra el compromiso de las otras áreas, permitiéndonos establecer un *pronóstico*. El sujeto, utilizando los mecanismos de la posición esquizoparanoide, proyecta en las distintas áreas ambos vínculos, el bueno y el malo, en una situación de *divalencia*. La función básica del yo en esta situación es la *preservación de lo bueno y el control de lo malo*, evitando la fusión de ambos aspectos en un objeto total, lo que significaría la emergencia de la posición depresiva, que es vivida por el sujeto como catastrófica.

Establecemos una nosografía dinámica sobre la base de compromiso de área y valencia del objeto parcial proyectado en ella. Esta concepción nos permitirá comprender otro principio configuracional: el de la *movilidad de las estructuras*; las llamadas

estructuras patológicas tienen un carácter instrumental consecuente con el recurso adaptativo *situacionalmente* utilizado por el sujeto, lo que determinará el predominio de la multiplicidad sintomática en una u otra área. Como hemos sostenido con reiteración, el análisis estratigráfico nos permite observar en la sintomatología de cada paciente el compromiso simultáneo de las áreas de expresión fenoménica, con una localización variable de los vínculos, según cada *aquí y ahora* del proceso.

3) Continuidad genética y funcional. Principio central de nuestra teoría de la enfermedad única sustentada en la ya mencionada consideración de la existencia de un núcleo patogenético central (depresión básica) en el que se articulan aspectos de la protodepresión, la depresión del desarrollo y la depresión regresional (que utiliza los mecanismos de la depresión del desarrollo). La *unicidad del núcleo* patogenético (depresivo) es observable a través del análisis del proceso de regresión, que promueve la utilización de las técnicas de la posición esquizoparanoide, con un ritmo determinado en cada sujeto (situación patorrítmica) .

En cuanto a la situación depresiva, tomada como hilo conductor a través de todo el proceso del enfermarse y del proceso terapéutico, consideramos la existencia de 5 formas características a las que denominamos:

a) *Protodepresión*: es la depresión que el niño vivencia al abandonar el claustro materno.

b) *Posición depresiva del desarrollo*: señalada por la situación de duelo, pérdida (destete), ambivalencia, culpa y tentativas de elaborar la situación y mecanismos de reparación positivos o maníacos (regresivos, seudocuración).

c) *Depresión de comienzo o desencadenante*: frustración o pérdida. Período prodrómico de toda enfermedad mental.

d) *Depresión regresional*: regresión a los puntos disposicionales anteriores a la posición depresiva infantil y su elaboración fallida, por fracaso en la instrumentación de la posición esquizoparanoide.

e) *Depresión iatrógena*: en la cual la tarea correctora intenta la integración de las partes del yo del paciente dispersas en sus diversas áreas; es decir, trata de conducirlo desde la posición

esquizoparanoide a la posición depresiva, a través de la cual el sujeto puede lograr una integración, tanto del yo como del objeto y del vínculo. Adquiere así un *insight* y una capacidad para elaborar un "proyecto", en el que la muerte está incluida como una situación concreta y propia, permitiéndole encarar los problemas existenciales.

Elaborar un proyecto significa elaborar un futuro adecuado de una manera dinámica, por medio de una adaptación activa a la realidad, con un estilo propio, ideologías propias de vida y una concepción de la muerte propia.

Denominamos a esta depresión, *depresión iatrógena positiva*. Es un paso indispensable para el logro de la finalidad terapéutica que consiste en última instancia en un proceso de integración. No utilizamos el término de curación, sino el de disminución de las ansiedades psicóticas básicas, reactivadas por el proceso desencadenante que originó el reforzamiento de la posición depresiva infantil por medio de la regresión. Por eso no hay proceso terapéutico sin sufrimiento, como dice Rickman, y este sufrimiento se debe al pasaje obligado a través de la depresión iatrógena cuyos productos son: *insight*, integración, disminución de la culpa y de la inhibición, proceso de elaboración que puede continuar hasta después del análisis (*after analysis*).

Los aspectos a través de los cuales van a ser abordados tanto el proceso del enfermarse como la terapia, pueden enunciarse en 4 direcciones: 1) el aprendizaje social (lectura de la realidad) ; 2) de la *comunicación*; 3) un punto central del desarrollo y de la cura; *la resistencia al cambio* (más vale un pájaro en mano que cien volando), y 4) la *evaluación*, que no sólo utilizamos para medir los cambios en los dos aspectos del proceso (el enfermarse y el curarse), sino que también proporciona material para la construcción de interpretación, en la medida en que el proceso reactiva los dos miedos básicos. (Miedo a la pérdida y miedo al ataque que son coexistentes y cooperantes y alternativamente manifiestos y latentes.)

Por la movilización de las estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta la posibilidad de cambio (ansiedad depresiva por abandono del vínculo anterior y ansiedad paranoide creada por el nuevo vínculo y la inseguridad social consiguiente), llegamos a captar en *el aquí-ahora-conmigo*

y en la tarea del grupo un conjunto de experiencias, afectos y conocimientos con los cuales los componentes del grupo piensan y actúan tanto al nivel individual como grupal.

En el grupo operativo, instrumento que proponemos como adecuado para el abordaje de la enfermedad, coinciden el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de la tarea, porque en la operación de la tarea es posible resolver situaciones de ansiedad.

El proceso terapéutico del que el grupo operativo es instrumento consiste en última instancia en la disminución de los miedos básicos: miedo al ataque al yo (ansiedad paranoide) y miedo a la pérdida del objeto (ansiedad depresiva), que son cooperantes y coexistentes en el tiempo y en el espacio. Estos miedos paralizan la acción del yo impotenciándolo y es por medio de *técnicas operativas* que se crean nuevas condiciones para los pacientes. Ellas permiten fortalecer sus yo haciéndolos más plásticos y flexibles, logrando así una adaptación activa a la realidad, sobre la base de una interacción dinámica entre introyecciones y proyecciones que se transforman en operativas porque están en los cimientos de la comprensión y acción sobre el enfermo.

La tarea que adquiere prioridad en un grupo es la elaboración de un esquema referencial común, condición básica para el establecimiento de la comunicación la que se dará en la medida en que los mensajes puedan ser decodificados por una afinidad o coincidencia de los esquemas referenciales del emisor y el receptor. Esta construcción de un ECRO grupal constituye un objetivo cuya consecución implica un proceso de aprendizaje y obliga a los integrantes del grupo a un análisis semántico, semantístico y sistémico, partiendo siempre de la indagación de las fuentes vulgares (cotidianas) del esquema referencial. Cada integrante lleva al grupo un esquema de referencia, y sobre la base del común denominador de estos sistemas, se configurará, en sucesivas "vueltas de espiral", un ECRO grupal.

Cuando la tarea que se propone a los integrantes del grupo es la de la "curación" (en nuestro esquema, la disminución de las ansiedades psicóticas), éstos, al compartir un esquema referencial, pueden reiniciar su reaprendizaje, la refacción de sus redes de comunicación averiadas durante el proceso de enfermedad, fortalecer su yo para abordar y destruir la resistencia al

cambio y reorganizar una nueva etapa, cuya evaluación realizamos sobre la base de los criterios de adaptación activa a la realidad, modificación de sí y operación en el medio.

Logrado esto, el grupo comienza a funcionar sobre implícitos compartidos que se reflejan en las características y formas que toman los roles, que de fijos y estereotipados se hacen funcionales, con una dinámica que sigue las leyes de complementariedad y suplementariedad.

Es de fundamental importancia analizar el interjuego de roles, según el cual el emergente del grupo -*portavoz* de sus ansiedades, depositario de sus tensiones- ha enfermado a causa de esa depositación masiva de las situaciones de inseguridad e incertidumbre del ambiente y la asunción de las pérdidas sufridas por su grupo inmediato familiar. Dicho emergente podría ser considerado como el *más fuerte*, convirtiéndose situacionalmente en el *más débil* por su incapacidad de soportar la depositación masiva, transformándose luego en el líder del cambio a través de la terapia, es decir, en *el líder operativo*.

Este grupo que estaba estereotipado adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, los roles se hacen intercambiables y el grupo se vuelve operativo, se realimenta y encara la toma de decisiones.

Mediante la tarea realizada en los grupos operativos el sujeto adquiere o recupera un pensamiento discriminativo social, por el que, progresivamente y a través del aprendizaje, se produce la experiencia correctora: el paciente logra conciencia de su propia *identidad* y de la de los demás, en un nivel real.

El rol adjudicado es el rol *prescripto* o rol *necesitado* en el grupo que debe ser cumplido por aquel que asume ese rol. En la medida en que coinciden los dos roles, el prescripto y el asumido, se produce el *encaje*, la articulación, como sucede, por ejemplo, en un equipo de fútbol, en el que el jugador, al mismo tiempo que internaliza a los miembros de su equipo, realiza lo mismo con el equipo contrario, configurando lo que George Mead llama "el otro generalizado", con el objeto de llegar a una operatividad máxima (el partido se juega primero en la cancha interna). En la interacción del *self* con el otro generalizado se estructura el *mí* (rol operativo diferenciado) que puede ser considerado

a través de cuatro momentos de la operación: la *estrategia*, la *táctica*, la *técnica* y la *logística*.

Quiere decir, que si todo el grupo ha elaborado estos cuatro *momentos* y los instrumenta en su mundo interno y lo juega en *su cancha interna* podrá también jugar en la *cancha externa* (mundo, realidad), por haber estructurado una estrategia operativa sobre la base de dicha planificación previa que orienta *la acción*.

Al externalizar la estrategia, ésta se convierte en táctica; de acuerdo con el instrumento con el cual opere, estará utilizando una técnica. En el momento en que puede evaluar su potencialidad en comparación con la del adversario (logística), logrará una óptima operatividad. El equipo entonces será perfecto, transformándose así en un grupo operativo; y si a esto se le suman los tres principios básicos que rigen la estructura de todo grupo humano: la pertenencia, la cooperación, y la pertinencia, obtendremos el modelo más operativo de un grupo, capaz de lograr un éxito sobre la base de la planificación previa.

Nuestra tarea está centrada en el análisis de la funcionalidad de los roles, caracterizada por una plasticidad que permite asumir roles complementarios y suplementarios.

En una época el psiquiatra consideraba a los integrantes del grupo como simples individuos de un conjunto indiferenciado, sin tener en cuenta los roles que asumía cada uno de los miembros en el aquí-ahora-conmigo; les adjudicaba así un rol equivocado, produciéndose en consecuencia un conflicto intrapsíquico de roles y una actuación patológica. En este caso la pertenencia, cooperación y pertinencia están seriamente perturbadas, originándose una patología social por rechazo, indecisión o incapacidad de asumir el rol adjudicado.

El enfoque denominado "clásico" de la psiquiatría ha prescindido de la noción de vínculo, fundamento interaccional de los procesos de comunicación y aprendizaje. En la medida en que un grupo operativo, que se propone como tarea explícita la curación de sus integrantes, se centra en la ruptura de los estereotipos de la comunicación y de los mecanismos de adjudicación y asunción de roles, se permite a los pacientes una modificación de los vínculos internos y externos. Esta operación correctora hará posible un abordaje más plástico de la realidad,

una conducta adaptativa creadora, con capacidad de planificación y proyecto personal. Uno de los elementos constitutivos del esquema referencial que guió nuestra tarea, en lo que hace a la formulación de la teoría y la estructuración progresiva de una técnica grupal, fue el principio enunciado por Freud y retomado por Kurt Lewin, según el cual toda *indagación* va acompañada de una operación, es decir, que no hay indagación "pura", inocua. En la técnica operativa se hace posible la integración de la pseudoantinomía entre lo teórico y lo práctico, por la unión de ambos aspectos de una praxis concreta, en el curso de una espiral dialéctica. *Indagación y operación, en relación permanente de coexistencia y cooperación, son en definitiva una continua relación complementaria y de enriquecimiento.*

El grupo operativo es un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de sus integrantes, lo que sería un psicoanálisis individual en grupo. Sin embargo, tampoco está centrado exclusivamente en el grupo como en las concepciones gestálticas, sino que en cada aquí-ahora-conmigo en la tarea se opera en dos dimensiones, constituyendo en cierta medida una síntesis de todas las corrientes. Consideramos al enfermo que enuncia un acontecimiento como el *portavoz de sí mismo y de las fantasías inconscientes del grupo*. En esto reside la diferencia de la técnica operativa con las otras técnicas grupales, ya que las interpretaciones se hacen en dos tiempos y en dos direcciones distintas.

Se comienza por interpretar al portavoz que, por su historia personal, es muy sensible al problema subyacente y que, actuando como radar, detecta las fantasías inconscientes del grupo y las explicita.

Acto seguido, se señala que lo explicitado es también un problema grupal, producto de la interacción de los miembros del grupo entre sí y con el coordinador, y que él, portavoz por un proceso de identificación subliminal, percibe y enuncia.

A veces lo que el portavoz expresa representa, paradójicamente, la resistencia al cambio. El grupo se organiza para estereotiparse como defensa ante la ansiedad que produce este cambio, porque significa enfrentarse con ansiedades psicóticas que son vividas

como más graves que las que se manifiestan en su sintomatología.

Entonces el grupo se estructura como grupo conspirador para oponerse al cambio, ya que éste es vivenciado como un "enloquecer", con un aumento de desamparo, de inseguridad e incertidumbre grupal.

La conspiración es una situación constante y latente en todo grupo social y tiende a desplazar al coordinador (que es agente de cambio-chivo emisario). Cuando esta conspiración se elabora, el grupo, en el aquí y ahora de la tarea, es un grupo débil.

Por su falta de seguridad interna se aglutina intensamente. Adquiere una pertenencia y una agresividad mayor que la normal, a tal punto que se vuelve peligroso desde el punto de vista social.

Así vemos que el primer período está configurado sobre la base de una conspiración, tendiente a inmovilizar aun más la estructura preexistente y defenderse de todo cambio.

Este primer período que llamamos la pretarea, se caracteriza por la apelación a todos los mecanismos de escisión, con una instrumentación de las técnicas de la posición esquizoparanoide, disociando el sentir, el pensar y la acción. Es entonces cuando el coordinador o terapeuta deberá conducir al grupo al análisis sistemático de los factores que impiden la penetración en el segundo período que es el de la elaboración de la tarea.

La pretarea, con sus técnicas disociativas, es un momento habitual en el desarrollo del trabajo grupal. Pero si se estanca, si el estereotipo adquiere una rigidez creciente, la productividad del grupo es nula.

Podríamos considerar como una consecuencia de la situación laberíntica o caótica de la posición depresiva básica, la grave dificultad que manifiestan ante el tratamiento quienes acuden a él, aun poseyendo un destacable grado de conciencia de enfermedad. Todos los recursos, aun los más dramáticos, se ponen al servicio de este eludir la tarea de elaboración del núcleo depresivo. Los mecanismos de la pretarea, la impostura (como si) de la tarea, aparecen como dispositivos de seguridad destinados a poner al sujeto a salvo del sufrimiento, la ambivalencia y la culpa, y a la vez que le impiden asumir su identidad, lo eximen del compromiso de un proyecto.

La tarea es el ámbito de la elaboración de los cuatro momentos de la función operativa: la estrategia, la táctica, la técnica y

la logística. Después de haber elaborado la estrategia operativa en el mundo interno y sobre la base de dicha planificación, el sujeto puede orientar la acción (*proyecto*, como emergente de la tarea).

La unidad básica operacional comprende la relación que hay entre el *existente*, la *interpretación* y el *nuevo emergente*, construido este último por fantasías inconscientes, motivaciones que tienden a explicitarse en forma distorsionada en la situación psicoterapéutica, a través del proceso de adjudicación y asunción de roles.

A partir de una situación caracterizada por la estereotipia de los roles, y a través de la tarea, se llega a configurar otra con liderazgos funcionales., lo que se expresa por la rotación de los mismos. En la medida en que los sujetos adquieren más elasticidad, pueden asumir el rol de interpretadores, advirtiéndose entonces un autocontrol, una autoalimentación y una autoconducción del grupo (homeostasis del grupo).

Una de mis experiencias con esta modalidad de trabajo se cumplió cuando nos vimos en la necesidad de aplicar técnicas grupales y acumulativas ante una situación de emergencia, creada por la separación súbita (por razones de índole política) de los enfermeros asignados a nuestro servicio. Esta circunstancia nos llevó a formar un curso de enfermería con los pacientes que estaban en mejores condiciones, en forma grupal y con el encuadre de la escuela de líderes.

La información recibida de parte de los pacientes y la necesidad de discriminar las partes depositadas en nosotros constituyeron, junto con la conceptualización e interpretaciones formuladas, la otra fuente que nos alimentó y capacitó para construir *a posteriori* todo nuestro esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO).

Esta tarea fue doblemente beneficiosa, ya que los enfermeros así formados en poco tiempo demostraron ser mucho más eficaces que los profesionales que fueron separados. En la medida en que la operatividad de cada uno de ellos aumentaba, los síntomas de perturbación que tenían estos pacientes regresaban, configurando un criterio de normalidad (adaptación activa a la realidad) y una nueva *Gestalt*.

Al sentirse útiles readquirían una identidad social a veces superior a la que habían tenido antes de enfermarse, y lograban de

esta manera un intenso proceso de maduración, siendo factor muy importante en este proceso la *identificación* que los demás pacientes hacían con los líderes. En función de estas modificaciones de los pacientes líderes (adquiridas progresivamente por *insight* a través de los otros, por la identificación proyectiva-introyectiva) , cambiaron sus actitudes, creencias, opiniones y prejuicios, transformándose el paciente en un cooperador eficientísimo. Al disminuir en forma considerable los miedos básicos, la comprensión se fue haciendo cada vez más progresiva y operativa.

Como terapeuta internalizaba todo ese caudal de información y modificaciones, modificándome al recibir informaciones útiles para mi propio conocimiento y al hacerme depositario de la suma de experiencias y observaciones transmitidas por el grupo de enfermeros recién formados. Es decir, se había creado un sistema de realimentación, que me instrumentaba para una mejor comprensión de los pacientes a mi cargo. La tarea transformaba a quienes al principio asumían roles autocráticos, rígidos, autoritarios, en sujetos que paulatinamente adquirían flexibilidad haciéndose operativos. *El coordinador se incluía en el mismo proceso psicoterapéutico* logrando así cambiar la imagen distorsionada que él tenía de los pacientes, así como también la imagen que de él tenían los pacientes.

El aspecto *creativo* del grupo no debe ser descuidado como factor de *evaluación*, ya que lo consideramos como el índice más significativo de la operatividad del grupo. Ésta se da en la medida en que se enfrentan tareas nuevas, con técnicas nuevas, haciéndose el grupo plástico (no estereotipado), coherente y operativo. Cuando éste opera con un pensamiento creador, ha adquirido funcionalidad. Aparece, entonces, como un hecho objetivo que *la tarea en común es de un rendimiento superior*. La productividad adquiere características de una progresión geométrica y no aritmética.

El espíritu de lo nuevo, la aplicación, el descubrimiento, la invención como producto de la tarea grupal, la "desocultación" (Heidegger), en la que se suma la instrumentación con el aspecto existencial, operan subsiguientemente, *provocando* nuevos emergentes que son retomados en su aspecto explícito para señalar lo implícito en forma de interpretación. (Toda interpretación es la hipótesis o la fantasía que el coordinador hace acerca del contenido implícito de lo explícito.)

La magnitud del yo ampliando su perspectiva, debido a la potencia excepcional de carácter instrumental que puede adquirir un grupo, supera todas las situaciones anteriores; la innovación aparece como la parte de un conjunto completo de instrumentos técnicos y de redes de comunicación entre el investigador y el objeto investigado.

Se observa que un trabajo cuantitativamente acumulativo va seguido de un salto dialéctico (Cuarta ley de transformación de la cantidad en calidad o ley del progreso por saltos. Politzer); el mundo del grupo se va transformando o transfigurando.

Un proceso de recreación, que surge en el contexto del grupo como la tarea esencial, consiste justamente en la *recreación del objeto destruido*, núcleo de la depresión básica, que perturba la lectura de la realidad, del cual son portadores los miembros del grupo. La situación patogenética depresiva, punto de partida de toda perturbación mental, llega a resolverse a través de la recreación progresiva del objeto. Insistimos en destacar la significancia que los procesos de aprendizaje y comunicación tienen en el ámbito de la situación grupal. Por ellos se hace posible aquello que designamos como *tarea*, es decir, elaboración de la situación patogenética y de la consecuente perturbación de la lectura de la realidad. La situación correctora propone al sujeto integrado en un grupo la posibilidad de un *insight*, un *aprendizaje* de la realidad, logrado a través de sucesivas emisiones y recepciones de mensajes, con una progresiva adecuación de los esquemas referenciales del receptor y el emisor, lo que culmina en una percepción de sí y los otros no distorsionada por el modelo arcaico y repetitivo del estereotipo. Lograda esta percepción (*insight*) con la consiguiente atenuación de las ansiedades básicas, el sujeto modifica su actitud ante el cambio, haciéndola menos resistente. En este proceso de *maduración*, emergerá el *proyecto*.

La tarea gira entonces alrededor del enfrentamiento con la muerte propia y concreta, con lo cual se termina por lograr tanto la integración (integración como mortalización) , como así también la diferenciación de los miembros del grupo al adquirir una identidad propia con límites propios.

La alteridad se acerca a un punto óptimo (distancia óptima). El grupo está en situación de tarea (pertenencia, cooperación y pertinencia).

Paralelamente al enfoque descripto, los economistas han estudiado este proceso de *creación colectiva* que presupone un análisis en tres direcciones, las que en el contexto grupal, centrado en una tarea curativa, se retraducirán de la siguiente forma:

a) *Ascenso social (status)*: ascenso es sinónimo de salud o de bienestar mental, elevación del nivel de aspiración y corresponde a una instrumentación más perfeccionada que lo hace posible. A esto se agrega una solidaridad creciente, acompañada de un sentimiento de *libertad interior*, con una disminución de la incertidumbre, de la dependencia y sometimiento producto de la inseguridad previa.

b) *La colaboración en obras colectivas*: corresponde al proceso grupal de socialización del enfermo mental. El aumento de la seguridad grupal también se observa en el nivel económico en forma de la configuración de organización, que en el contexto económico se denomina *empresa* y finalmente una productividad y una rentabilidad. En el grupo esta operación se realiza a través de los roles funcionales operativos que están representados en el nivel grupal, la salud mental, adaptación activa y productividad.

c) *Construcción o planificación de un proyecto*: en la que se puede observar el planeamiento del futuro, tanto en la empresa como en el grupo. Cada uno de los pacientes va adquiriendo lo que podríamos denominar un "nuevo estilo de vida", basado, como ya dijimos, en una adaptación activa a la realidad, tal como la comprendemos, en la cual el sujeto es modificado por el ambiente -operación correctora por medio del grupo-, pero lo fundamental es que él se transforma a su vez en un *agente de cambio social*. Todo el contexto se mueve siguiendo el curso de una espiral dialéctica de estos dos procesos (análisis dialéctico).

El diálogo con la realidad se ha restablecido y su dinamismo es doble, proviene de la *espontaneidad* del pensamiento que es capaz de ratificar o rectificar, de alimentarse y alimentar a los *otros (feedback)*.

La operación del diálogo implica que la comunicación se ha hecho posible o se ha restablecido, es decir, que las redes de comunicación pueden ser refaccionadas. Se trata de una mayéutica -diálogo-, método socrático, que consiste en una cooperación tendiente a devolver y resolver antinomias (síntesis) dentro de un sistema de contradicciones, con un grado de alteridad continua

y óptima, en una situación de un ir y venir entre lo concreto y lo abstracto.

Cualquier cosa que acontezca en un grupo, ya sea por información directa o por interacción subliminal (identificación), está manifestando por intermedio del emergente (el portavoz) el contenido implícito de la situación de grupo.

Alguien asumirá el rol de portavoz y el contenido de lo implícito se hará explícito. Utilizando una expresión del lenguaje popular, decimos que el portavoz es el alcahuete del grupo. A través de su propio secreto "desocultado" nos hace partícipes del acontecer implícito o contenido latente de la fantasía grupal.

Lo mismo sucede cuando uno de sus integrantes cuenta un sueño en el contexto del grupo. El sueño "fabricado" con una "materia" grupal (la fantasía universal del grupo) está en relación con la sesión anterior, de la que han quedado residuos no elaborados: esto es explicitado entonces a través del contenido del sueño del portavoz.

La interpretación debe abarcar las dos dimensiones, la vertical o individual, ya que el portavoz enuncia el problema -el drama- (alcahuete o trovador-radar) y puede hacerlo en la medida en que, por su historia personal, se encuentre cerca de ese contenido.

Una vez señalados los aspectos individuales, motivacionales, del portavoz, la interpretación tenderá a desocultar el acontecer implícito grupal o comunitario (dimensión horizontal de la interpretación).

La observación de la relación portavoz-grupo nos llevó a analizar el modelo propuesto por el teatro griego, en el que se da también una "delegación expresiva", a través de la relación portavoz (protagonista) - coro. Resulta esta una aproximación más a nuestra consideración de las coincidencias entre el modelo operativo y el modelo dramático. Lo que llamamos "delegación expresiva" es la depositación de la fantasía, acción, pensamiento, emoción, en quien la hará manifiesta con una u otra modalidad de des-ocultación. Comienza a configurarse un acontecimiento sintetizador (en los niveles de lo explícito y lo implícito) como una condensación del suceder grupal. La analogía entre ambos modelos, el de la tragedia griega y el del grupo operativo, podemos reencontrarla sobre todo a través del análisis de la Poética de

Aristóteles, en la que se describe la dinámica de esta técnica actual que al parecer tiene un origen tan antiguo.

La operación que se realiza está expresada por Aristóteles de la siguiente manera: "...constituye una teoría completa de la creación dramática como arte destinado a mejorar a los hombres mediante el ejemplo evidente, espectacular, de males que al acaecer a otros pueden también acaecernos a nosotros". Esta emoción contemplativa es la catarsis o depuración de los sentimientos del espectador. (Este proceso se realiza por identificación con el portavoz de la situación de cada aquí y ahora.) El medio con que cuenta el autor (en este caso, el coordinador en cada momento) es el mismo que en las demás artes, la imitación o mimesis (en el grupo que actúa como espectador frente al portavoz que emerge y representa al actor, se produce este proceso de identificación múltiple) . El portavoz relata el acontecer de la fantasía inconsciente del grupo por medio de una comunicación preverbal (mímica) y la palabra hablada, llegando con la acción al role playing (base de la psicoterapia de Moreno). En la actualidad, sobre experiencias del comienzo de la elaboración de esta técnica empleamos el role playing en determinadas circunstancias combinando la técnica clásica del grupo operativo con recursos psicodramáticos. Sabemos ya que drama significa acción, ya sea ésta trágica o cómica. La diferencia entre ellos consiste en que en la comedia se pinta a los hombres peores de lo que son, en tanto que la tragedia los pinta mejores. Esto mismo se observa en los grupos cuando están subdivididos en subgrupos o vivencian un acontecimiento enunciado por el portavoz como cómico o trágico. Esto contribuye dentro de la terapia a uno de los logros fundamentales en términos de una reacción específica frente a un mismo hecho que actúa como test proyectivo.

Aristóteles considera que la tragedia se compone de seis partes: 1°) fábula, mito o argumento; 2°) costumbres o caracteres; 3°) palabras o diálogos; 4°) pensamientos o conceptos; 5°) espectáculo, y 6°) melopea. Y así como en la tragedia el argumento enunciado por el portavoz constituye un medio insustituible para mantener viva la atención del espectador, el argumento o desarrollo de un grupo constituye también (como en la tragedia) una configuración en la que encontramos un principio, medio y fin, exposición, nudo y desenlace que en nuestra terminología llamamos apertura, desarrollo y cierre. En cuanto a la extensión o tiempo de

tarea, dependerá de los sucesos necesarios y naturales, en nuestro caso del contexto y las interpretaciones para conducir a los protagonistas (los miembros del grupo) de una manera lógica y progresiva hasta el desenlace, destinadas a causar la catarsis colectiva grupal. La "ley dramática", enunciada por Aristóteles con sus tres unidades: *acción, tiempo y lugar*, se corresponde en términos grupales al aquí, ahora, conmigo.

En un momento dado emerge un actor (portavoz) sobre el escenario (lugar del grupo). Este personaje es el portavoz generalmente de un doble acontecimiento que le fue revelado. Un gran bienestar lo exalta; sin esto no habría arte dramático. Por otro lado una desgracia o catástrofe externa ha puesto todo en revisión (la catástrofe interna es la depresión básica tal como la concebimos). El portavoz explica a un segundo actor cuyo encuentro parece siempre oportuno (aquí estaría representado por el coordinador). A continuación hacen su aparición otros personajes (otros portavoces o comentaristas de emergente) que en la tragedia clásica se reúnen en dos subgrupos: el grupo blanco busca salvar algo muy importante que es a menudo el amor (la transferencia positiva). El otro subgrupo -el negro- le prepara una trampa al anterior y algunas veces éste contraataca configurando una contratrampa (todo esto constituye la estrategia, la táctica, la técnica y la logística que es fácil observar en toda situación grupal). Tal como en la tragedia, las peripecias entre blancos y negros continúan, se entremezclan, se ensombrecen hasta que la situación se esclarece. En nuestro caso, a la operación grupal la denominamos esclarecimiento, el cual, como en la tragedia, puede ser súbito y pasajero o más o menos duradero (golpe de insight, o instante de insight que puede ser también transitorio) o continuarse en un proceso de elaboración. La eterna magia simpática (que se realiza por medio de interacciones, de identificaciones introyectivas y proyectivas) realiza aquí su oficio. El Mimo (el héroe furioso, el portavoz) es al mismo tiempo un otro (miembro del grupo) que cura al realizar la catarsis colectiva. Si bien no auténtico, esto es significativo y coincide con la indagación grupal. Los autores renacentistas imitadores de Aristóteles establecieron el flexible postulado de "que una sola acción (tarea) en un solo lugar, el aquí, debía iniciarse y desarrollarse en una sola jornada" (que incluye el ahora y el carácter acumulativo de nuestra didáctica grupal). Sintetizando lo dicho acerca de la relación entre la técnica de grupo

operativo y enfermedad única, insistimos en señalar que la operación del grupo apunta específicamente sobre los dos miedos básicos: miedo al ataque al yo y miedo a la pérdida del objeto que constituye la situación patogénica. La instrumentación que el yo haga de sus técnicas defensivas ante la emergencia de estos dos miedos va a configurar las distintas facetas fenomenológicas de la perturbación mental con los distintos cuadros nosográficos.

La técnica de grupo operativo implica el análisis de los aspectos referentes a la transferencia en el grupo, que se expresa a través de un portavoz, quien expresa algo en relación (vínculo positivo o negativo) con el coordinador, y que en un primer período es dispersa, escindido en pedazos, caótica, débil, inestable y que a medida que progresa la tarea del grupo va mostrando mayor cohesión.

Incluimos asimismo la contratransferencia, porque la actitud del coordinador, que puede ser autocrática, laissez-faire, democrática o demagógica, condiciona las reacciones del grupo frente a él.

Es curiosa la inhibición que han tenido los psicólogos sociales al no incluir el liderazgo demagógico como un rol definido.

La detección de los liderazgos tiene una importancia fundamental en la comprensión de la dinámica del grupo; tanto es así, que la estructura y función del grupo se configurarán de acuerdo con los tipos de liderazgo asumidos por el coordinador (Kurt Lewin).

El terapeuta autocrático, o líder autocrático del grupo, utiliza una técnica directiva, rígida, favorece un estereotipo de dependencia, entrando al servicio del statu quo de la enfermedad y la resistencia al cambio. Su característica más señalada es quizá su incapacidad de discriminar entre rol y persona, confundiendo a sí mismo con el grupo. Su nivel de urgencia actúa como factor de paralización de la tarea.

El liderazgo democrático es el rol ideal que puede asumirse en el trabajo grupal. El intercambio entre líder-coordinador y el grupo se realiza en forma de una espiral permanente, donde se ligan los procesos de enseñar y aprender formando una unidad de alimentación y realimentación (feedback).

Los intercambios de ideas se hacen entre los miembros del grupo, de manera que su intervención consistiría sólo en señalar la dificultad en su funcionamiento.

El líder laissez-laire es el que delega al grupo su autoestructuración y que asume sólo parcialmente sus funciones de análisis de la situación y orientación de la acción.

La conducta del líder demagógico tiene una característica muy marcada: la impostura; es impostor en la medida en que, con una estructura autocrática, muestra una apariencia democrática, cayendo a veces en situaciones de laissez-laire, como resultado de estas actitudes contradictorias. Tomamos como punto de referencia, sobre el cual hay que orientar la operación, todo aquello que representa la resistencia al cambio y finalmente la evaluación a través de los nuevos emergentes con el propósito de seguir el desarrollo y comprensión tanto del proceso del enfermarse como del proceso de curación con el significado de disminución de los miedos básicos.

Si nos pidieran una definición en dos palabras, ¿qué es lo que pretendemos realizar con esa técnica?, entonces diríamos que tratamos de disminuir el índice de los miedos básicos y romper los estereotipos que los mantienen y poder enfrentar un futuro que emerge del proceso mismo.

Todo esto es logrado por una discriminación de los miedos que se expresan por una situación muy compleja durante el proceso terapéutico, como es el reaprendizaje de la realidad, la normalización de las redes de comunicación y la capacidad para enfrentar las exacerbaciones de estos miedos en el momento en que se aborda una situación de cambio.

Lo que se trata de lograr de los pacientes a través de este complejo proceso es una adaptación activa a la realidad, caracterizada por el hecho de poder asumir nuevos roles con una mayor responsabilidad y el abandono progresivo de los roles anteriores, inadecuados para la situación en el aquí y ahora. Esto se da en la tarea, en la que los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia que operan en todo grupo humano se conjuguen armónicamente en el logro de una gran productividad.

Es:

- 1) Una adaptación activa a la realidad.
- 2) Posibilidad de asumir nuevos roles.
- 3) Poder asumir mayor responsabilidad.
- 4) Pérdida de roles anteriores inadecuados para la situación en el aquí-ahora-conmigo y en la tarea.

5) Los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia que operan en todo grupo humano, al hacerlo ahora en forma armónica le dan al grupo gran productividad.

GRUPO OPERATIVO Y MODELO DRAMÁTICO *

(en colaboración con Ana P. de Quiroga, Carlos Gandolfo y Marta Lazzarini)

El análisis de los procesos de comunicación y aprendizaje ha sido nuestro punto de partida en la elaboración de una teoría de la enfermedad mental (conducta desviada). Ella resulta del deterioro de la comunicación y del fracaso en el aprendizaje de la realidad en un momento del desarrollo (fijación), lo que promueve el regreso del sujeto (regresión) a este momento disposicional de su historia con la utilización de formas arcaicas de mecanismos defensivos para controlar o atenuar los dos miedos básicos, de pérdida y ataque. Las características de este estereotipo condicionan las características fenomenológicas de la enfermedad, configurando la situación de *resistencia al cambio*, sobre la que se centrará la tarea correctora.

Las investigaciones en el campo de las teorías del aprendizaje emigran poco a poco de los laboratorios de psicología experimental hacia la comunidad, dotando a la psicología (ahora social) de instrumentos que servirán para evaluar la interacción entre individuo y sociedad. Se toma como punto de partida de estas investigaciones el supuesto acerca del carácter dialéctico de dicha interacción que cumple un itinerario en espiral continua, en la que el actor del proceso se realimenta con la experiencia, modificándose el sujeto y modificando al mundo y emergiendo de esta manera el sentimiento del yo situacional e instrumental. La concepción del aprendizaje como praxis nos permite la posibilidad de plantearnos dicho proceso como un *aprender a aprender* y un *aprender a*

* Relato presentado en el Congreso Internacional de Psicodrama y en el Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires, 1969.

pensar, concepción de carácter instrumental que se apoya en una teoría del pensamiento y del conocimiento que operan en un contexto social. Sobre la base de estas últimas formulaciones y de una teoría del vínculo al que definimos como una estructura bicorporal y tripersonal, construimos el instrumento de aprehensión del objeto de conocimiento. Esta estructura triangular que rige todas nuestras relaciones hace posible abandonar el esquema de una psicología individual, que ya negaba Freud adoptando los postulados de una psicología que siempre será social, al incluir en el esquema de referencia el concepto de un mundo interno en interacción continua, origen de las fantasías inconscientes. Es esta dimensión ecológica la que por procesos de introyección y proyección puede condicionar una imagen distorsionada en distintos grados del mundo exterior, particularmente del rol del *otro*, cuya percepción está signada por situaciones de *reencuentro* que rigen toda nuestra vida emocional.

El ajuste de estos elementos va a configurar modelos, pautas o esquemas referenciales que operan en el proceso de aprendizaje o lectura de la realidad.

El modelo es un sistema o un conjunto que debe incluir todas las características del objeto a indagar. Es el instrumento de abordaje del objeto real, en el que se encuentran los vectores del descubrimiento. En la medida en que el descubrimiento del objeto real se intensifica (a través de la praxis), el modelo pierde significación como intermediario entre el proceso de pensamiento y la realidad ya que "la cosa en sí se convierte en la cosa para sí". Por ello describimos en última instancia al aprendizaje como el proceso de apropiación instrumental de la realidad para modificarla. Todo aprendizaje es aprendizaje social, aprendizaje de roles. Lo que se internaliza en ese proceso de apropiación de la realidad son funciones, las que pueden ser descriptas en forma de roles en situación.

Todo conjunto de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por ser mutua representación interna (dimensión ecológica) configura una situación grupal. Dicha situación está sustentada por una red de motivaciones y en ella interaccionan entre sí por medio de un complejo mecanismo de asunción y adjudicación de roles. Es en este proceso donde deberá surgir el reconocimiento de sí y del otro en el diálogo e intercambio permanente. Esta situación grupal constituye el instrumento más

adecuado para ese aprendizaje de roles (aprendizaje social) en el que consiste la internalización operativa de la realidad.

Todo grupo se plantea explícita o implícitamente una tarea, la que constituye su objetivo o finalidad. La tarea, la estructura grupal y el contexto en el que se relacionan tarea y grupo constituyen una ecuación de la que surgen fantasías inconscientes, que siguen el modelo primario del acontecer del grupo interno. Entre estas fantasías algunas pueden funcionar como obstáculo en el abordaje del objeto de conocimiento y distorsionantes en la lectura de la realidad, mientras que otras actúan como incentivo del trabajo grupal.

El enfrentamiento de ambos tipos de fantasías inconscientes proyectadas en el grupo producirán las situaciones de conflicto características de la tarea grupal.

El esclarecimiento de dichas fantasías inconscientes, así como la resolución dialéctica del dilema que dio origen al conflicto, constituyen la tarea latente del grupo, inaugurándose entonces la posibilidad de la creación.

En ese momento el creador se hace cargo de su fantasía inconsciente, como estructura-función y puede construir una estrategia, una táctica, una técnica y una logística para el abordaje de la realidad.

Apoyándonos en este marco teórico hemos construido la técnica de grupos operativos, en la que el instrumento de esclarecimiento está dado por la interpretación enunciativa o interrogativa y el señalamiento, que tienen siempre el carácter de una hipótesis acerca de la fantasía grupal, no evaluándose su eficacia según un criterio de verdad, sino según el criterio de operatividad en la medida que permite la ruptura del estereotipo.

Nos interesa particularmente describir la aplicación de las técnicas operativas al aprendizaje de la dirección teatral, dadas las coincidencias entre el modelo dramático y nuestro modelo grupal. (Coincidencias fundadas en la universalidad de la dimensión que denominamos Ecología humana interna.)

Historia de una experiencia concreta

En junio de 1968, un curso centrado en el aprendizaje de la dirección teatral, a cargo del señor Carlos Gandolfo, quien estaba

familiarizado con las técnicas grupales a través de su aprendizaje en nuestra Escuela de Psicología Social, dio apertura a la posibilidad de integrar la técnica de grupo operativo a su tarea.

El aprendizaje que debían realizar sus alumnos estaba centrado en tres puntos básicos.

- a) El director con su obra: análisis de la estructura dramática en sus aspectos manifiestos (lo anecdótico de la obra) y latentes (la motivación, las relaciones íntimas que los personajes desconocen y que el director debe traducir en acciones propuestas al actor para lograr la actitud, la emoción adecuada al personaje). El análisis de la obra implica el descubrimiento de las situaciones de *crisis*, *culminación* y *resolución*, en primer término en el ámbito total de la obra, en segundo lugar en cada acto y en cada escena.
- b) El director y el actor: este segundo paso del aprendizaje concierne al conocimiento que el director debe tener del material con el que trabaja (el actor). Debe experimentar por sí mismo de qué manera el actor vive el proceso de creación, jugar el rol del actor, lo que le exige un reaprendizaje de la realidad, de la acción, de las formas de interrelación.

Para ello debe aprender a convertir las escenas claves de la obra en *acciones concretas*, que determinen en el actor un comportamiento que despierte una determinada emoción: allí empieza el actor a comprometer su emoción. En síntesis, lo que se busca es un reencuentro con una situación previa, ya vivida por el actor, que condicionará en él la emoción, la actitud corporal que lo acerque al personaje.

- c) El tercer punto del aprendizaje consiste en la síntesis de lo anterior: la puesta en escena.

Al incluirse en el grupo un equipo integrado por Ana P. de Quiroga como coordinadora y Marta Lazzarini como observadora, tras la primera reacción de expectativa y ante la propuesta de la coordinadora de sentarse formando un semicírculo, aparece en el grupo, en la tercera reunión, la necesidad de presentarse, especificando

qué tarea realiza cada uno.¹ Aquí podemos observar que la modificación espacial del escenario de aprendizaje, que implicaba abandonar el modelo escolar, hizo surgir la exigencia de adquirir una identidad como individuo y como grupo, en función de una tarea. (Replanteándose la situación de crisis de identidad que subyace en la vocación actoral.) La disposición semicircular fue adoptada definitivamente tanto para las clases como para las reuniones grupales.

Las dificultades que aparecieron en el abordaje de la tarea explícita (el aprendizaje de la dirección teatral) fueron frecuentemente trabajadas por el grupo a través de las interpretaciones y señalamientos en un esfuerzo común cuya finalidad era la ruptura del estereotipo anterior, coincidente con el modelo básico familiar.

Los elementos que con mayor frecuencia aparecieron obstaculizando la tarea fueron: la confusión entre rol de actor y director, un alto nivel de aspiración, lo que perturbaba el aprendizaje del *rol de aprendiz*, entrándose en una intensísima situación de rivalidad con el director, con quien asimismo se había establecido una relación de excesiva dependencia. La ambivalencia de esta situación, aunque se atenúa en el trabajo grupal, aparece como una constante de aprendizaje, encontrándose un desfase permanente entre el nivel de aspiración y el sentimiento de logro.

El proceso analítico de la estructura dramática se ve distorsionado por la proyección de conflictos sobre la obra, y por la identificación del alumno con los personajes, lo que distorsiona el proceso analítico.

Al cumplirse el segundo momento del aprendizaje, titulado "el director y el actor", la exigencia de jugar el rol de actor y de experimentar ese proceso de creación llevó al grupo a una crisis. En ella predominaban las fantasías de *transparencia* y desenmascaramiento, la culpa por los aspectos vocacionales relacionados con el teatro; exhibicionismo, impostura, fantasía básica de la "máscara", etc. Surgieron mecanismos de proyección de la censura interna, la que fue depositada sobre los miembros del grupo; esto frenaba la creatividad y espontaneidad y el compromiso, o provocaba situaciones de intensa agresividad.

¹ El grupo había cumplido ya un mínimo de cuatro meses de tarea en común. Algunos integrantes participaban en el grupo desde hacía más de un año.

Se produjo en el grupo una vivencia "de enloquecer", definida por un integrante "como la explosión súbita de las emociones humanas", entendiéndose que en esto residía la esencia de la Tragedia.

En ese momento, los integrantes del grupo, atemorizados por la emergencia de los materiales subyacentes, trataban de probar la fortaleza o la fragilidad del equipo de coordinación, al que se quería destruir por una parte como depositario de la censura y preservar por otra como depositario de los aspectos positivos del grupo.

El grupo se encuentra abocado en este momento a la tarea de discriminación entre persona y rol, y al aprendizaje del rol de director.

En el fraseo de las interpretaciones se utilizaron los elementos dados en clase, es decir, los relacionados con el lenguaje cotidiano y la tarea teatral. Es de hacer notar que la persona a cargo de la coordinación no tenía información previa sobre teatro, siéndole posible el pasaje de un lenguaje (el de grupo operativo) a otro por encontrar que el modelo operativo y el modelo dramático tenían una estructura interna semejante.²

Sobre estas construcciones podemos decir que el paralelismo entre los modelos de investigación social y el modelo dramático se fundamenta en el hecho de que toda obra es la representación, el reencuentro de un momento de la vida cotidiana del creador, sea éste el autor, el director o el actor. Todos ellos son creadores, porque el aprendizaje y la creación consisten en ese proceso de reencuentro y redescubrimiento. Esta situación, de acuerdo con el carácter de la experiencia reencontrada, puede ser angustiante o gratificante.

³ Para terminar esta exposición recorreremos los elementos constitutivos del modelo dramático:

² La semejanza surge, según lo hemos señalado, de una situación originaria común: la dimensión ecológica o ecología humana interna.

³ William Sacksteder, "Elementos del Modelo Dramático", *Diógenes*, n° 52.

Los modelos en la historia

El Espacio y el Tiempo

La Acción Dramática Las Acciones
 Las Direcciones
 La Re-presentación

El Diálogo Dramático El Lenguaje
 La Comunicación
 Los Símbolos

El Personaje Dramático Las Personas
 Los Papeles
 El Encuentro

ESTRUCTURA DE UNA ESCUELA DESTINADA A LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS SOCIALES *

Propósitos y metodología

Toda psicología social, definida como ciencia que estudia los vínculos interpersonales y otras formas de interacción, si no supera esta simple tarea, haciéndola direccional y significativa, tenderá a estancarse y perder su sentido.

La psicología social se particulariza fundamentalmente por ser operativa e instrumental, con las características de una interciencia cuyo campo es abordado por una multiplicidad interdisciplinaria (epistemología convergente), de la cual deriva la multiplicidad de las técnicas.

Como ciencia del hombre en el campo de la praxis, no puede evitar esa exigencia sin caer en una situación formal y estereotipada.

La psicología social es la ciencia de las interacciones orientada hacia un cambio social planificado. De no ser así no tiene sentido y todos sus esfuerzos concluirán en un sentimiento de impotenzación como resultante de las contradicciones acerca de su aspecto operacional. Es una artesanía en el más amplio sentido de la palabra, que tanto forma los elementos del cambio como prepara el campo en el que se va a actuar. De allí van a surgir dos direcciones: una llamada psicología social académica, que preocupada sólo por las problemáticas de las técnicas o de los tipos

* Trabajo presentado al Congreso Internacional de Psiquiatría Social, Londres, agosto de 1969 y publicado en la *Revista Argentina de Psicología*, Año 1, n° 2, 1969.

posibles de cambio, se siente paralizada frente a su responsabilidad de realizar una síntesis de teoría y práctica.

La otra, la praxis, de donde surge el carácter instrumental y operacional en su sentido más real, se resuelve no en un círculo cerrado, sino en una continua realimentación de la teoría, a través de su confrontación en la práctica y viceversa (tesis-antítesis-síntesis). La experiencia de la práctica conceptualizada por una crítica y una autocrítica realimenta y corrige la teoría mediante mecanismos de rectificación y ratificación, logrando una objetividad creciente. Se configura así una marcha en espiral, la que progresivamente va a capacitar el terreno de la mente para construir una estrategia y una logística, que a través de la táctica y de la técnica instrumental dé carácter operativo a planificaciones de distinto tipo para que el logro del cambio aspirado, que consiste en el desarrollo pleno de la existencia humana a través de la modificación del hombre y la naturaleza, pueda realizarse. La psicología social que postulamos apunta a una visión integradora del “hombre en situación”, objeto de una ciencia única o interciencia, ubicado en una determinada circunstancia histórica y social. Tal visión se alcanza por una epistemología convergente, en la que todas las ciencias del hombre funcionan como una unidad operacional enriqueciendo tanto el objeto del conocimiento como las técnicas destinadas a su abordaje.

Como unidad operacional, las ciencias del hombre así reunidas aportan elementos para la construcción de un instrumento único al que llamamos ECRO, esquema conceptual, referencial y operativo, orientado hacia el aprendizaje a través de la tarea. Este conjunto estructural y genético nos permitió la comprensión horizontal (la totalidad comunitaria) y vertical (el individuo inserto en ella) de una sociedad en permanente situación de cambio y de los problemas de adaptación del individuo a su medio. Como instrumento es lo que permite planificar un manejo de las relaciones con la naturaleza y sus contenidos en las que el sujeto se modifica a sí mismo y modifica el mundo en un constante interjuego dialéctico.

Como escuela destinada a la formación de operadores en el campo de la salud mental incluimos en dicho ámbito no sólo el análisis del proceso del enfermarse y las tareas correctoras, sino también todos los trabajos de prevención, insistiendo particularmente sobre los vectores de aprendizaje y comunicación, cuyas

perturbaciones. son a nuestro juicio el origen de toda conducta desviada.

La didáctica que postulamos, fundada en el concepto de interciencia, emerge del ámbito de la psicología vincular y podemos caracterizarla como interdisciplinaria y grupal, acumulativa, de núcleo básico, instrumental y operacional.

La didáctica interdisciplinaria se apoya en la preexistencia, en cada uno de nosotros, de un esquema referencial (conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que un individuo piensa y actúa) que adquiere unidad por medio del trabajo grupal, promoviendo simultáneamente en ese grupo o comunidad un esquema referencial y operativo sustentado en el común denominador de los esquemas previos.

Una de las clásicas definiciones de la didáctica es la de desarrollar aptitudes, modificar actitudes y comunicar conocimientos. Estas funciones son cumplidas por la didáctica interdisciplinaria que educa, instruye y transmite conocimientos, pero con una técnica que redunde en una economía del trabajo de aprendizaje, ya que al ser acumulativa la progresión del desarrollo es geométrico.

Al hablar del abordaje interdisciplinario de una situación social entendemos que esta metodología comprende el estudio en detalle, en profundidad y en el ámbito total, de todas las partes de un problema. Allí se da la síntesis dialéctica entre texto y contexto. Surge de dicha definición la necesidad de trabajar en grupos formados por integrantes de diversas especialidades que conciernen al problema indagado. Se cumple así una de las leyes básicas de la técnica de *grupos operativos* ("a mayor heterogeneidad de los miembros y mayor homogeneidad en la tarea, mayor productividad"). Llamamos a nuestra didáctica de *núcleo básico*, porque está inspirada en las conclusiones de las investigaciones en el campo de la educación de los adultos que sostienen que la transmisión de los conceptos universales que rigen cada disciplina específica hace posible una mayor velocidad, profundidad y operatividad del conocimiento. El núcleo básico está constituido por esos universales y el aprendizaje va de lo general a lo particular.

Es instrumental y operacional, porque el esquema conceptual, referencial y operativo, ECRO, así constituido, es aplicable en cualquier sector de tarea e investigación.

Según esta didáctica, el aprendizaje se estructura como un proceso continuo, con oscilaciones, articulándose los momentos del enseñar y el aprender que se dan en el alumno y en el docente como un todo estructural y dinámico.

Hemos adoptado como instrumento primordial de tarea e indagación el grupo operativo, fundamentándonos en el hecho, de que las ciencias sociales han centrado su interés en los últimos años en los grupos restringidos o cara a cara, que, en su carácter de unidad básica de interacción y sostén de la estructura social, se convierten también en unidad básica de trabajo e investigación.

El acontecer del grupo centra así la investigación del psicólogo social en el fenómeno universal de la interacción, de donde surge el reconocimiento de sí y del otro en un diálogo e intercambio permanente que sigue una trayectoria en espiral.

Los agrupamientos sociales se organizan en unidades con el objeto de adquirir mayor seguridad y productividad, surgiendo en su seno la posibilidad de estudiar la red de comunicaciones, es decir, los vínculos interhumanos que hacen posible la convivencia y la tarea en común.

La estructura y función de un grupo cualquiera, sea cual fuere su campo de acción, están dadas por el interjuego de mecanismos de asunción y adjudicación de roles. Estos representan modelos de conductas correspondientes a la posición de los individuos en esa red de interacciones, y están ligados a las expectativas propias y a las de los otros miembros del grupo. El rol y su nivel, el status, se ligan a los derechos, deberes e ideologías que contribuyen a la cohesión de esta unidad grupal.

Todo conjunto de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se plantea explícita e implícitamente una tarea, que constituye su finalidad. Podemos decir entonces que estructura, función, cohesión y finalidad, junto con un número determinado de integrantes, configuran la situación grupal que tiene su modelo natural en el grupo familiar.

La técnica de grupos creada por nosotros, llamada de *grupos operativos*, se caracteriza por estar centrada en forma explícita en una tarea que puede ser el aprendizaje, la curación (en este sentido abarca a los grupos terapéuticos), el diagnóstico de las dificultades de una organización laboral, la creación publicitaria

etcétera. Bajo esta tarea explícita subyace otra implícita, que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento, de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación significando un obstáculo frente a toda situación de progreso o cambio.

La tarea consiste entonces en la elaboración de dos ansiedades básicas, *miedo a la pérdida* (ansiedad depresiva) de las estructuras existentes y *miedo al ataque* (ansiedad paranoide) en la nueva situación, proveniente esta última de nuevas estructuras en las que el sujeto se siente inseguro por carencia de instrumentación. Estas dos ansiedades, coexistentes y cooperantes, configuran la situación básica de *resistencia al cambio* que debe ser superada, en el grupo operativo, en un acontecer grupal en el que se cumplen los tres momentos dialécticos de tesis, antítesis y síntesis, por un proceso de esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito. La unidad de trabajo que permite realizar dicho esclarecimiento está integrada por el existente (material aportado por el grupo a través de un miembro cualquiera que cumple en ese momento la función de portavoz), la interpretación realizada por el coordinador o copensor del grupo y el nuevo emergente, conducta nacida de la organización de distintos elementos, acontecimiento sintético y creador que aparece como respuesta a esa interpretación. Toda interpretación, en este tipo de grupos, como en la tarea terapéutica, tiene el carácter de una hipótesis elaborada acerca de la fantasía grupal. No apunta a la exactitud, o mejor dicho no se evalúa con un criterio tradicional de verdad sino en términos de operatividad, en la medida que permite o favorece la ruptura del estereotipo.

El coordinador cumple en el grupo un rol prescripto: el de ayudar a los miembros a pensar, abordando el obstáculo epistemológico configurado por las ansiedades básicas. Opera en el campo de las dificultades de la tarea y la red de comunicaciones. Su instrumento es el señalamiento de las situaciones manifiestas y la interpretación de la causalidad subyacente. Se integra en un equipo con un observador por lo general no participante, cuya función consiste en recoger todo el material, expresado verbal y preverbalmente en el grupo, con el objeto de realimentar al coordinador, en un reajuste de las técnicas de conducción.

La constatación sistemática y reiterada de ciertos fenómenos grupales, que se presentan en cada sesión, nos ha permitido construir una escala de evaluación básica, a través de la clasificación de modelos de conducta grupal. Esta escala es nuestro punto de referencia para la construcción de interpretaciones. El primer vector de dicha categorización incluye los fenómenos de *afiliación o identificación* con los procesos grupales, pero en los que el sujeto guarda una determinada distancia, sin incluirse totalmente en el grupo. Este primer momento de afiliación, propio de la historia de todo grupo, se convierte más tarde en *pertenencia*, una mayor integración al grupo, lo que permite elaborar a los miembros una *estrategia*, una *táctica*, una *técnica* y una *logística*. La pertenencia es la que hace posible la planificación. La *cooperación* consiste en la contribución, aun silenciosa, a la tarea grupal. Se establece sobre la base de *roles diferenciados*. Es a través de la cooperación como se hace manifiesto el carácter interdisciplinario del grupo operativo y el interjuego de lo que más adelante definiremos como verticalidad y horizontalidad. Hemos llamado *pertinencia* a otra categoría, que consiste en el centrarse del grupo en la tarea prescrita, y en el esclarecimiento de la misma. La calidad de esta pertinencia se evalúa de acuerdo con el monto de la pretarea, la creatividad y la productividad del grupo y sus aperturas hacia un proyecto.

La *comunicación* que se da entre los miembros, quinta categoría de nuestra escala, puede ser verbal o preverbal, a través de gestos. Dentro de este vector tomamos en cuenta no sólo el contenido del mensaje sino también el cómo y el quién de ese mensaje; a esto llamamos metacomunicación. Cuando ambos elementos entran en contradicción se configura un *malentendido* dentro del grupo.

El sexto vector nos refiere a un fenómeno básico, el de *aprendizaje*. Se logra por sumación de información de los integrantes del grupo, cumpliéndose en un momento dado la ley de la dialéctica de transformación de cantidad en calidad. Se produce un cambio cualitativo en el grupo, que se traduce en términos de resolución de ansiedades, adaptación activa a la realidad, creatividad, proyectos, etcétera.

Incluimos como categoría universal de la situación de grupo el factor *telé*, definido por el profesor Moreno como disposición

positiva o negativa para trabajar con un miembro del grupo. Esto configura el clima, que puede ser traducido como transferencia positiva o negativa del grupo con el coordinador y los miembros entre sí. Señalamos como situación central del grupo operativo la *actitud ante el cambio* que se modifica en términos de incremento o resolución de las ansiedades depresiva o paranoide, de pérdida y ataque, coexistentes y cooperantes en tiempo y espacio. Esto implica para el operador que cuando detecta en la situación grupal uno de esos dos miedos como lo manifiesto, su interpretación incluirá al otro como lo subyacente.

Nuestra insistencia acerca del carácter central de la situación de estereotipo o resistencia al cambio se liga, dentro del esquema conceptual, referencial y operativo según el que pensamos y actuamos, a la postulación sostenida por mí en el año 1945 en una síntesis de una teoría general de las neurosis y psicosis, acerca de la existencia de un núcleo depresivo patogenético que se da en intensidades diferentes en el individuo normal, neurótico o psicótico. Ese núcleo depresivo está vinculado a la situación de nacimiento y desarrollo, y es responsable de la pauta estereotipada de conducta como resultante de una situación de estancamiento en el proceso de aprendizaje de la realidad y de deterioro de la comunicación, viciando el abordaje del objeto de conocimiento y situación de tarea.

El fundamento teórico acerca de la operatividad del grupo que sigue la técnica descripta está dado por nuestra teoría de la *enfermedad única*, apoyándose en los conceptos de situación depresiva básica, de posición esquizoparanoide -punto de partida de la discriminación y el pensamiento- de la estereotipia de las técnicas del yo, en la teoría del vínculo y la noción de grupo interno. Nuestro esquema conceptual, referencial y operativo está constituido, sobre todo en su aspecto genético, histórico y estructural, por las ideas de Freud y Melanie Klein, mientras que en el aspecto social nos apoyamos en K. Lewin, cuyo método es doblemente experimental: a) es un esfuerzo para hacer práctica la experimentación sociológica, y b) tiende a una forma nueva de experimentación: "La investigación activa" (*action research*).

La adaptación activa a la realidad y el aprendizaje están indisolublemente ligados. El sujeto sano, en la medida en que aprehende el objeto y lo transforma, es decir, que hace ese

aprendizaje operativo, se modifica también a sí mismo entrando en un interjuego dialéctico con el mundo en el que la síntesis que resuelve una situación dialéctica se transforma en el punto inicial o tesis de una antinomia que deberá ser resuelta en este continuo proceso en espiral. En tanto se cumple este itinerario -objetivo y del grupo-, la red de comunicaciones es constantemente reajustada y sólo así es posible reelaborar un pensamiento capaz del diálogo y de enfrentar el cambio.

Otros fenómenos que se dan en el acontecer grupal con una reiteración tal que nos permite considerarlos emergentes universales son: *el secreto grupal*, ligado a lo que llamamos también *misterio* familiar, perturbador de la comunicación, pues este acontecimiento secreto, sea cual fuere su significado real, se carga con sentimientos y fantasías de culpabilidad.

Son emergentes universales las fantasías del enfermarse, de tratamiento y de curación, así como la situación triangular que dentro de nuestro esquema referencial, conceptual y operativo sostiene la teoría del vínculo. Entendemos éste como una situación bicorporal y tripersonal, ya que como mecanismo de interacción debe ser captado como una *Gestalt* que incluye un tercero, el que en la teoría de la comunicación funciona como ruido y en el aprendizaje como obstáculo epistemológico.

Los sentimientos de inseguridad e incertidumbre ligados a las ansiedades básicas, particularmente a las situaciones de pérdida, constituyen elementos de la vida grupal. En todo grupo emergen ideologías que determinan la aparición de enfrentamientos entre subgrupos. Llamamos ideología, siguiendo a Schilder, a los sistemas de ideas y connotaciones que los hombres disponen para orientar su acción. Pensamientos más o menos conscientes con gran carga emocional que sin embargo son considerados por sus portadores como resultado del raciocinio. Su análisis constituye uno de los pasos de la tarea grupal. Esto nos conduce al análisis semántico o de su formulación y al análisis sistémico que aborda la estructura interna de la ideología y su ambigüedad que se manifiesta en forma de contradicción. Es por eso que el análisis sistemático de las contradicciones, expresado a través de individuos y subgrupos que tienden a llevar a la tarea grupal a una estéril situación dilemática que funciona como defensa ante la situación de cambio, constituye una de las

tareas fundamentales del grupo operativo y de toda investigación social.

En esta trayectoria el grupo debe configurar un esquema conceptual, referencial y operativo de carácter dialéctico donde las contradicciones referidas al campo de trabajo deben ser resueltas en la misma tarea grupal.

El ECRO es el punto focal del aprendizaje general, permitiéndonos integrar a través del grupo las experiencias que permitirán, la instrumentación, ya que siguiendo lo señalado por Freud y reformulado por K. Lewin toda indagación coincide con una operación. La praxis en la que teoría y práctica se integran en una fuerza operativa, instrumento de transformación del hombre y del medio, está en la base del método.

El desarrollo de un esquema referencial, conceptual y operativo común a los miembros del grupo permite el incremento de la comunicación intragrupal ya que, de acuerdo con la teoría de la información, lo que permite que el receptor comprenda el mensaje emitido por el transmisor, a través de operaciones de codificación y decodificación, es una semejanza de esquemas referenciales. En este proceso de comunicación y aprendizaje observamos que el grupo sigue un itinerario que va del lenguaje común, al lenguaje científico. Este paso es de vital importancia ya que es inútil elaborar un pensamiento científico si no se parte de la comprensión y análisis de las fuentes vulgares del esquema referencial.

Hemos mencionado el carácter interdisciplinario de los grupos. Esto nos permite reiterar uno de los principios básicos de la técnica operativa: a una mayor heterogeneidad de los miembros, heterogeneidad adquirida a través de la diferenciación de roles en la que cada miembro aporta al grupo todo el bagaje de sus experiencias y conocimientos, y una homogeneidad en la tarea lograda por sumación de la información, la que adquiere el ritmo de una progresión geométrica, enriqueciendo como parcialidad a cada uno de los integrantes y como totalidad al grupo, se logra una productividad mayor.

Según enunciamos al comienzo de este trabajo, los mecanismos de asunción y adjudicación de roles desempeñan en el acontecer grupal un papel fundamental. El grupo se estructura sobre la base de un interjuego de roles. De éstos nos interesa destacar principalmente tres, dada la importancia que adquieren

en la vida del grupo. Son: el rol de *portavoz*, el de *chivo emisario* y el de *líder*. Estos roles no son estereotipados sino funcionales y rotativos. Con el concepto de portavoz abordamos lo que se puede considerar uno de los pilares de nuestra teoría. Portavoz de un grupo es el miembro que en un momento denuncia el acontecer grupal, las fantasías que lo mueven, las ansiedades y necesidades de la totalidad del grupo. Pero el portavoz no habla sólo por sí sino por todos, en él se conjugan lo que llamamos *verticalidad* y *horizontalidad* grupal, entendiendo por verticalidad lo referido a la historia personal del sujeto, y por horizontalidad el proceso actual que se cumple en el aquí y ahora en la totalidad de los miembros. El portavoz puede desempeñar su rol en virtud de que se da en él una articulación entre su fantasía inconsciente -fantasía que sigue un modelo primario- y el acontecer del grupo en que se inserta. Ese encaje permite la emergencia del material que debe ser interpretado. La interpretación tomará esos dos elementos: el vertical y el horizontal. Debe ejemplificar, a través del problema enunciado por el portavoz en su verticalidad, la situación de todos los miembros del grupo en el aquí y el ahora y en relación con la tarea.

Las necesidades, las ansiedades y las fantasías enunciadas por el portavoz y su manera de formularlas hacen referencia a su historia personal, en tanto que el hecho de que las formule en un momento dado del acontecer grupal señala el carácter horizontal del emergente.

Un miembro de un grupo, siguiendo el proceso natural de adjudicación y asunción de roles, se hace depositario de los aspectos negativos o atemorizantes del mismo o de la tarea, en un acuerdo tácito en el que se compromete tanto él como los otros miembros. Aparecen entonces los mecanismos de segregación configurándose otra de las situaciones significativas: la de chivo emisario. Otro miembro en cambio, siempre por el mismo proceso, puede hacerse depositario de aspectos positivos del grupo y obtiene un liderazgo que se centrará en una o varias de las categorías ya enunciadas (pertenencia, cooperación, etc.). Sin embargo, ambos roles, el de líder y chivo emisario, están íntimamente ligados, ya que el rol de chivo surge como preservación del liderazgo a través de un proceso de disociación o *splitting* necesario al grupo en su tarea de discriminación. Agregamos

a estos tres roles el de *saboteador* que es, habitualmente, el liderazgo de la resistencia al cambio. El principio de *complementariedad* debe regir el interjuego de roles en el grupo; esto permite que sean funcionales y operativos. Cuando aparece la *suplementariedad*, invade al grupo una situación de competencia que esteriliza la tarea.

La sesión de grupo se desarrolla en tres momentos temporales: *apertura*, *desarrollo* y *cierre*. Los emergentes de apertura deben ser cuidadosamente registrados por el observador y el coordinador, ya que todo ese material va a ser re TRABAJADO durante la sesión y es dable observar cómo reaparece ya modificado en el momento del cierre.

En términos de trabajo grupal podemos distinguir tres instancias: la *pretarea*, en la que se ponen en juego las técnicas defensivas del grupo movilizadas por la resistencia al cambio y destinadas a postergar la elaboración de las ansiedades que funcionan como obstáculo epistemológico. La *tarea* consiste precisamente en este abordaje donde el objeto de conocimiento se hace penetrable a través de una elaboración que implica la ruptura de la pauta estereotipada que funciona como estancamiento del aprendizaje y deterioro de la comunicación. El *proyecto* surge cuando se ha logrado una pertenencia de los miembros; se concreta entonces una *planificación*.

El grupo se plantea *objetivos* que van más allá del aquí y ahora, construyendo una estrategia destinada a alcanzar dicho objetivo. Pero dentro de ese aquí y ahora podemos interpretar que este proyecto, como todo mecanismo de creación, está destinado a superar la situación de muerte o de pérdida que vivencian los miembros cuando a través de la realización de la tarea advierten la posibilidad de la separación o finalización del grupo.

Enunciados ya los universales que rigen la vida del grupo operativo, señalamos que la interpretación del coordinador debe orientarse generalmente sobre estas situaciones universales en una formulación que incluye siempre lo vertical del portavoz y lo horizontal del grupo.

Para terminar queremos señalar que esta técnica de grupo operativo fue creada por nosotros en el año 1946 cuando, estando a cargo del Servicio de Adolescentes del Hospital Neuropsiquiátrico

de Hombres de la Ciudad de Buenos Aires, se hizo necesario formar con un grupo de pacientes un equipo de enfermeros para el Servicio.

Las técnicas operativas se utilizan en la actualidad no sólo en la formación de psicólogos sino también en la creación publicitaria, el trabajo institucional, la formación de líderes, el estudio de la dirección e interpretación teatral. En síntesis, en todas las situaciones en que el grupo cara a cara pueda convertirse en una unidad operativa de tarea.

UNA TEORÍA DEL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO DEL GRUPO FAMILIAR *

A partir de una visión integradora del "hombre en situación", y desde un enfoque interdisciplinario, no podemos referirnos al problema de la prevención sin tratar de ubicarlo en su contexto apropiado. La salud mental, cuya definición es previa y se halla implícita en este tipo de planteo, no es para nosotros un valor absoluto y resulta evaluable en términos de calidad de comportamiento social. Este comportamiento, su operatividad o su deterioro, está íntimamente ligado a factores de orden socioeconómico y familiar, que intervienen o determinan, en forma positiva o negativa, una adaptación activa a la realidad, en la que el sujeto compromete con el medio en una relación creativa y modificadora.

El problema central, desde esta vertiente, no es el de una metodología de la prevención, sino el de las estrategias de cambio de la estructura socioeconómica, de la cual el enfermo mental es emergente. El enfermo es portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo inmediato, la familia. Pero es también por ello el símbolo y el depositario de los aspectos alienados de su estructura social, portavoz de su inseguridad y su clima de incertidumbre. Curarlo es adjudicarle un rol nuevo, el de agente de cambio, y transformarnos nosotros también en elementos del cambio.

Resulta importante señalar ya, desde un enfoque centrado en las técnicas de *prevención*, la naturaleza *instrumental* y *operativa*

* Este trabajo abre un panel sobre prevención en el grupo familiar en el que intervienen los Dres. E. Pichon-Rivière, J. Bleger, A. Bauleo y M. Matrajt. (Julio de 1970.)

del grupo familiar como sostén de la organización social, unidad primaria de interacción, la que se establece sobre la base de un interjuego de roles diferenciados.

Su carácter de estructura surge de la necesaria interdependencia de los roles correspondientes a la situación triangular básica, padre, madre e hijo, emergentes de las relaciones y diferencias funcionales y biológicas. Esta situación triangular básica y universal, con sus posibles variables culturales, determina el modelo que seguirán las interrelaciones familiares.

El mencionado carácter estructural del grupo familiar nos permite abordarlo como unidad de análisis, en el sentido de que podemos aproximarnos a él encarándolo como unidad diagnóstica, pronóstica, terapéutica y de profilaxis.

Como unidad básica de interacción, la familia aparece como el instrumento socializador, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad, su posición individual dentro de la red interaccional. La *funcionalidad* y la *movilidad* de dicha posición señalarán el grado y naturaleza de adaptación en ese contexto grupal, del que cada sujeto resulta *portavoz*.

Cuando en esta estructura, que actúa como vehículo de las pautas culturales, mediadora entre el sujeto y la realidad a través de las relaciones vinculares, emerge la enfermedad como una *cualidad nueva* en el proceso de interacción, entendemos esta conducta desviada como una anomalía que afecta a la estructura total en su proceso de interrelación intrasistémica o intersistémica.

La enfermedad es la *cualidad emergente*, cualidad nueva que nos remite, como signo, a una situación implícita, subyacente, configurada por una particular modalidad de la interacción grupal, la que en ese momento resulta alienizante. El enfermo es el *portavoz* por intermedio del cual se manifiesta la situación patológica, que afecta a toda la estructura. Es decir, que el *portavoz* (enfermo) es el vehículo por el que comienza a manifestarse el proceso implícito causante de la enfermedad.

Podemos afirmar que todo proceso implícito llega a manifestarse por la aparición, dentro del campo de observación, de una *cualidad nueva* en ese campo, a la que denominamos *emergente*, y que nos refiere, como indagadores, a un acontecer implícito, o dicho de otra manera, a un orden de hechos subyacentes, sometido a un permanente proceso de estructuración y desestructuración.

En un trabajo anterior, hemos dicho que la locura es la expresión de nuestra incapacidad para soportar y elaborar un cierto monto de sufrimiento. Cuando emerge una neurosis o una psicosis en el ámbito del grupo familiar, descubrimos que previamente un grado determinado de inseguridad se ha instalado en el seno de ese grupo, impotentiándolo. Esto significa dinámicamente que un miembro del grupo familiar asume un rol nuevo, se transforma en el portavoz y depositario de la ansiedad del grupo. Se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación en un proceso interaccional de adjudicación y asunción de roles, que compromete tanto al sujeto *depositario* como a los *depositantes*. El estereotipo se configura cuando la proyección de aspectos patológicos surgidos en esa situación de inseguridad es masiva. El sujeto queda paralizado, fracasa en su intento de elaborar una ansiedad tan intensa, y enferma (produciéndose en ese momento un salto de lo cuantitativo a lo cualitativo). A partir de ese momento se completa el ciclo de elaboración de un mecanismo de seguridad patológica, desencadenado por un incremento de las tensiones, que consiste en la depositación masiva, con la posterior segregación del depositario por la peligrosidad de los contenidos depositados.

El interjuego de roles se caracteriza en esa situación por su rigidez e inmovilidad, siendo rígidos ya no por una ley de complementariedad sino por un principio de suplementariedad. Es decir, que una vez que el proceso interaccional ha configurado una pauta estereotipada y repetitiva, todo un sistema de realimentación se pone al servicio de esa pauta.

Como estrategia de prevención de la emergencia de situaciones patológicas en el ámbito del grupo familiar propondremos algunas técnicas de esclarecimiento destinadas a reforzar los aspectos de movilidad y operatividad dentro del grupo. Nos proponemos así la creación de un dispositivo de seguridad adaptativo y creador que permita al grupo el enfrentamiento de las situaciones de cambio generadoras de inseguridad.

Como líneas de abordaje seguiremos las propuestas en nuestro esquema del *cono invertido*, en el que categorizamos en los vectores de pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé las modalidades de interacción que se observan en todo grupo de tarea.

Grupo operativo y grupo familiar son susceptibles para nosotros de una misma definición: conjunto de personas reunidas por constantes

de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna que se proponen implícita o explícitamente una tarea, la que constituye su finalidad. En este caso, en el grupo familiar, a las constantes de tiempo y espacio agregaremos los vínculos de parentesco. La tarea del grupo familiar es, como lo hemos dicho antes, la socialización del sujeto, proveyéndole de un marco y basamento adecuados para lograr una adaptación activa a la realidad en la que se modifica él y modifica al medio en un permanente interjuego dialéctico.

Este modelo puede configurar un esquema de referencia para el operador, ya sea que éste trabaje en el campo de lo que se entiende generalmente como prevención primaria, secundaria o terciaria.

El esclarecimiento y manejo operativo de los vectores de pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé permitirán a la unidad grupal el abordaje de las ansiedades desencadenadas por las situaciones de cambio, por las que necesariamente atraviesa todo grupo familiar. De esas situaciones nos interesa señalar particularmente dos, de características realmente críticas: la adolescencia, marcada por el pasaje del rol de niño al rol de adulto y la entrada en la vejez, caracterizada en nuestra estructura familiar por la pérdida de roles operativos. Vemos que en ambos casos se trata de alteraciones significativas en el proceso de adjudicación y asunción de roles en el ámbito del grupo familiar.

Entendemos por pertenencia el sentimiento de integrar un grupo, el identificarse con los acontecimientos y vicisitudes de ese grupo. Por la pertenencia los integrantes de un grupo se visualizan como tales, sienten a los demás miembros incluidos en su mundo interno, los internalizan. Por esa pertenencia cuentan con ellos y pueden planificar la tarea grupal incluyéndolos. La pertenencia permite establecer la identidad del grupo y establecer la propia identidad como integrante del grupo. Para Sartre, todo grupo que no revierta, como acto, sobre sí mismo corre el peligro de caer en lo que él llama "serialidad". El sujeto que se ve a sí mismo como miembro de un grupo, como *perteneciente*, adquiere identidad, una referencia básica, que le permite ubicarse situacionalmente y elaborar estrategias para el cambio. Pero la pertenencia óptima, lo mismo que los otros vectores del abordaje, no es lo "dado", como podrían serlo los lazos consanguíneos, sino lo adquirido, algo logrado por el grupo como tal.

El grupo, por la pertenencia, por la cooperación y fundamentalmente por la pertinencia, en la que juegan la comunicación, el aprendizaje y la telé, llega a una totalización en el sentido de un hacerse en su marcha, en su tarea, en su trabajarse como grupo.

Siguiendo a Sartre al hablar de grupo como acto, como un constituirse permanentemente como grupo, tenemos que tener en cuenta el papel fundamental que en el establecimiento de las relaciones constitutivas del grupo juega la dialéctica interna. Por eso hemos subrayado en esta definición el hecho de que el grupo es un conjunto de personas articuladas por su mutua representación interna. Representación ésta que sigue las características del modelo dramático.

La dialéctica interna es la dialéctica del grupo interno cuya crónica -siempre siguiendo el mencionado modelo- es la fantasía inconsciente. Por dicha dialéctica cada integrante alcanza una totalización, una síntesis, que hace al grupo como grupo, que lo constituye. Dicho esto en términos sartreanos, esta dialéctica interna y externa lo lleva a trascender la serialidad entendida como dispersión.

La tarea, sentido del grupo, y la mutua representación interna hecha en relación con la tarea constituyen al grupo como grupo. La tarea es la marcha del grupo hacia su objetivo, es un hacerse y un hacer dialéctico hacia una finalidad, es una praxis y una trayectoria.

La cooperación, en un grupo familiar, se establece sobre la base de roles diferenciales. Ponemos el acento en la heterogeneidad que deben mostrar los roles dentro del ámbito familiar. Esta heterogeneidad está sustentada en las diferencias biológicas y funcionales sobre las que ha de configurarse una estructura familiar. La familia, ya lo hemos dicho, se convierte así en el ámbito del aprendizaje de roles biológicos y funciones sociales. Sólo a través de una heterogeneidad podemos alcanzar la complementariedad necesitada en un grupo operativo, es decir, en un grupo capaz de logros instrumentales y situacionales.

Una clarificación de las redes de comunicación grupal, con el abordaje de los misterios familiares y el análisis de las ideologías, permitirá, junto con el ajuste entre imágenes internas y realidad exterior, la dilucidación de los malentendidos, creándose el clima apropiado para la tarea familiar.

Bibliografía

Sartre, J. P., *Crítica de la razón dialéctica*, Losada, Buenos Aires, 1963

Lapassade, G., *Institutions, groupes et organisations*, Gauthier-Vilars, París, 1968. Pichon-

Rivière, E., "Grupos familiares. Un enfoque operativo", en este mismo volumen.

___, "Praxis y Psiquiatría", *ibid.*

___, "Empleo del Tofranil en psicoterapia individual y grupal", *ibid.*

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN LA SITUACION GRUPAL *

(en colaboración con Ana P. de Quiroga)

La intención de este trabajo es formular algunas hipótesis acerca de la existencia de los fenómenos llamados transferenciales en la relación grupal y de las posibilidades de su instrumentación a partir de la técnica operativa.

Laplanche y Pontalis, en su *Diccionario del psicoanálisis*, caracterizan la transferencia como el proceso por el cual dos ⁽¹⁾ deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos en el marco de un tipo de relación establecida con ellos y eminentemente en el encuadre de la relación analítica.

La definición, que recoge toda una tradición del pensamiento analítico, alude a distintos tipos de relaciones en el seno de las cuales se desarrollan procesos de transferencia, a la vez que privilegian el contexto de la relación psicoterapéutica como ámbito de la transferencia. Dicho contexto fue, históricamente, el que permitió la observación o análisis del fenómeno transferencial.

El proceso constructivo del concepto de transferencia puede ser recorrido, según D. Lagache, a partir de la era pre-psicoanalítica, en la que el método de Breuer es sustituido por el análisis catártico de los síntomas. Según esta técnica, el terapeuta conduce al paciente al estado psíquico en el que el síntoma hizo su aparición. Así, dice Freud, vienen a la mente del paciente los recuerdos, pensamientos y

* Algunas de las precisiones técnicas para el manejo de la contratransferencia pueden establecerse a partir de los desarrollos de E. Racker, los que fueron reelaborados por nosotros en el encuadre del grupo operativo para el curso de Técnicas de coordinación de grupo operativo que la Escuela de Psicología Social de San Miguel de Tucumán dictó en el año 1970.

(1) Nota aclaratoria que no forma parte del libro: en el original del Diccionario dice “**los** deseos”.

pulsiones que fueran expulsados de la conciencia. Relatados al médico, acompañando esta expresión de una emoción intensa, se supera el síntoma.

Lagache señala que la repetición de una experiencia anterior es un rasgo común entre el clásico método catártico y lo que luego se denominará transferencia psicoanalítica. Breuer no consideró la incidencia de la relación médico-paciente en el proceso de repetición. Esta incidencia es analizada por Freud, quien encuentra primero un obstáculo en la situación transferencial, un elemento de resistencia a la emergencia del recuerdo, por la que el paciente actúa (revive el vínculo) en vez de recordar. Más tarde, y por su comprensión del fenómeno, logra convertir el obstáculo en instrumento de la cura.

Esta reconstrucción de la génesis del concepto de transferencia nos interesa en un aspecto didáctico, por el esclarecimiento que puede aportar acerca de las características del proceso, a la vez que, a partir de ese esclarecimiento, podemos problematizarnos tanto acerca de la existencia de la transferencia en una situación grupal de tarea como en cuanto al manejo técnico de la transferencia grupal desde una perspectiva que privilegia la relación del grupo con su objetivo (tarea).

Lo que se denomina transferencia es para Freud, en 1895 (Psicoterapia de la histeria), un fenómeno frecuente y regular, que supone el compromiso de dos instancias temporales: pasado y presente.

En el pasado implica el rechazo de un deseo. A esto agregamos que el rechazo se sitúa en el ámbito de una estructura vincular, y es provocado por un sentimiento en relación con un objeto. Se produce, entonces, un estancamiento del aprendizaje, una inhibición en el proceso de apropiación de la realidad.

En el presente, y en la relación con el terapeuta, en el aquí, ahora, conmigo (como si fuera otro), se despierta el mismo afecto que originariamente forzó al paciente a desterrar el deseo. Esta emergencia determina la apelación a técnicas defensivas como pueden serlo la proyección, el control omnipotente, la negación, etcétera.

El proceso transferencial permite inferir la existencia y las características del estancamiento en el aprendizaje de la realidad, génesis del estereotipo que se hace manifiesto.

Años más tarde Freud caracteriza la transferencia como "nuevas ediciones o facsímiles de tendencias o fantasías que se despiertan y hacen conscientes en el curso del tratamiento analítico,

pero que poseen una particularidad específica: el reemplazo de la persona anterior (objeto) por la persona del médico".

La transferencia consiste, entonces, en una "conducta réplica", una "analogía emocional", en un "como si". Dicho en otros términos, la transferencia es un proceso de adjudicación de roles inscriptos en el mundo interno de cada sujeto. Los indicios de las distintas adjudicaciones deben ser decodificados, y en esa decodificación consiste la interpretación: es decir, la transformación de lo implícito, de lo inconsciente en consciente.

La transferencia debe ser entendida como la manifestación de sentimientos inconscientes que apuntan a la reproducción estereotipada de situaciones, característica de la adaptación pasiva. Esta reproducción está al servicio de la resistencia al cambio, de la evitación de un reconocimiento doloroso, del control de las ansiedades básicas (miedo a la pérdida, miedo al ataque).

La negación del tiempo y el espacio que se da en la transferencia aparece como técnica defensiva frente a la situación de cambio.

El conocimiento como situación nueva implica la exigencia de una adaptación activa a la realidad, es decir, una reestructuración de los vínculos del sujeto. Todo proceso de apropiación de la realidad o aprendizaje implica necesariamente la reestructuración de los vínculos y de las formas adaptativas establecidas por el sujeto. Frente a esta exigencia emergen los miedos básicos: temor a la pérdida de los vínculos anteriores y temor al ataque de la nueva situación, en la que el sujeto no se siente instrumentado. Estas ansiedades, que coexisten y operan en forma complementaria, configuran una actitud de resistencia al cambio que se manifiesta por el estereotipo, la reproducción como opuesta al aprendizaje, entendido éste como modificación operativa.

Podemos inferir entonces la presencia de situaciones transferenciales en todo tipo de interacción que, precisamente por ser interacción, resulta una situación que implica aprendizaje de la realidad.

Lo transferido serían fantasías incluidas en el establecimiento de los vínculos tempranos. Dichas fantasías, por obra de los procesos transferenciales, determinarían las modalidades en el establecimiento de los nuevos vínculos, produciéndose lo que Freud denomina falsa conexión.

Hemos hablado de una negación del tiempo y el espacio como característica de los fenómenos transferenciales. El espacio negado

sería lo que denominamos ámbito ecológico, organización significativa de objetos o estructura referencial. La modificación dentro de la organización significativa de objetos despierta un alto monto de ansiedad, que puede expresarse como fantasía de destrucción, apelándose entonces a la función reproductora e inmovilizadora del estereotipo.

Este fracaso del aprendizaje determina la imposibilidad del sujeto de reconocerse como temporal, de ubicarse en un aquí y ahora en relación con un pasado y un proyecto que incluye la propia muerte. Como fracaso del aprendizaje de la realidad puede caracterizarse en términos de fracaso de la integración.

Ubicando el problema de los procesos transferenciales en el ámbito grupal, seguiremos algunas conducciones de Ezriel quien retorna lo que ya fuera enunciado por Freud: la situación transferencial no es específica de la relación terapéutica, el mayor o menor grado se da en cada ocasión en que un individuo encuentra a otro. Nosotros hemos caracterizado este proceso como reencuentro, determinante de la telé positiva o negativa de los integrantes de un grupo entre sí.

Para Ezriel, la conducta manifiesta de un sujeto contiene rasgos que representan un intento de solucionar una tensión consciente surgida de las relaciones con objetos inconscientes de la fantasía.. Cuando varias personas se reúnen en un grupo, cada miembro proyecta sus objetos de fantasía inconsciente sobre varios miembros del grupo, relacionándose con ellos según esas proyecciones, que se patentizan en el proceso de adjudicación y asunción de roles.

La estructura interaccional del grupo no sólo permite sino que estimula la emergencia de fantasías inconscientes. A esto nos hemos referido cuando hablamos del modelo dramático. La fantasía inconsciente, crónica del acontecer intrasubjetivo del grupo interno del sujeto, el grupo interno de cada integrante y el grupo externo poseen un común denominador: la estructura dramática. Por drama entendemos la acción que relaciona personas, por medio de la comunicación, siendo el rol el instrumento del encuentro, que determinará formas de interacción y excluirá otras.

Nos encontramos, entonces, en el campo grupal, con transferencias múltiples. Las fantasías transferenciales emergen tanto en relación con los integrantes del grupo como en relación con la tarea y el contexto en el que se desarrolla la operación grupal. Las fantasías

se expresan por medio de uno o varios portavoces, quienes dan indicios que permiten al coordinador la decodificación de la adjudicación de roles, la confrontación del grupo con la realidad concreta. La explicitación de lo implícito es la explicitación del "como si", ya que lo implícito se relaciona con el pasado.

Interpretar es iluminar el carácter transferencial de los contenidos que se manifiestan como conductas inadecuadas. Es confrontar dos tiempos: el arcaico de las fantasías, y el aquí y ahora, el presente de la situación del grupo. Esa confrontación temporal y la desocultación del "como si" transferencial acompañada del señalamiento de las ansiedades operantes permiten a partir del insight la modificación de la actitud reproductora por la creativa del aprendizaje, de la lectura operativa de la realidad.

Si decimos que lo implícito es lo pasado, si confrontamos, en la interpretación, lo arcaico con el presente, podemos preguntarnos: ¿cuál es la historia de un grupo? ¿qué es lo arcaico en el grupo? Sólo podemos responder a estas preguntas, analizando la relación dialéctica de individuo-grupo, que como oposición dilemática constituyó un verdadero obstáculo epistemológico en la construcción de las teorías grupales.

Rickman sostiene que los grupos como entidades carecen de historia, entendida la historia en términos de infancia, de alternativas de los procesos de desarrollo. Nos interesa señalar, sin embargo, que el conocimiento de las fuerzas que operan en el grupo, de la génesis de muchas de ellas, sólo puede lograrse por una tarea "arqueológica", por la reconstrucción de una prehistoria grupal configurada por las fantasías básicas de los sujetos, expresión a su vez de ansiedades básicas que emergen ante la situación de cambio por la tarea.

Hablamos de la articulación de dos niveles en el grupo: lo vertical, relacionado con lo histórico, lo individual de cada sujeto, que le permite la asunción de determinados roles adjudicados por los otros integrantes del grupo; lo horizontal es lo compartido por el grupo, el común denominador que los unifica. Ese común denominador, esos rasgos compartidos pueden ser de naturaleza consciente. Hemos llamado a esos modelos -denominadores comunes de naturaleza inconsciente- universales del grupo o fantasías básicas universales.

Lo vertical de cada sujeto, sus circunstancias personales, lo colocan en disponibilidad para establecer la "falsa conexión", actualización

o analogía emocional, operándose un proceso transferencial. Esa disponibilidad lo convierte en el sujeto apto para desempeñarse como portavoz de un conflicto, que es vivido como propio pero que denuncia a la vez lo conflictivo de la situación interaccional y la relación con la tarea.

Lo vertical del sujeto y lo horizontal del grupo se articulan en el rol. La dialéctica individuo-grupo, verticalidad-horizontal, se hace comprensible por el concepto de portavoz, vehículo -a través de una problemática personal- de una cualidad emergente que afecta toda la estructura grupal y que nos remite como signo a las relaciones infraestructurales, implícitas, en las que están comprometidos todos los integrantes del grupo.

Como instrumento de operación en el ámbito grupal, la interpretación deberá incluir ambas dimensiones. Es una hipótesis, formulada a partir de lo explícito, acerca del acontecer implícito; lo vertical del portavoz que le permite asumir el rol y lo horizontal del grupo. Muchas veces esa horizontalidad, acontecer grupal, sólo puede ser decodificada por la sumación de lo verbalizado o actuado por varios portavoces.

Entramos, a partir de estas últimas consideraciones, en planteos acerca de la técnica de grupos operativos. Hemos caracterizado la técnica operativo como direccional. El grupo es una situación espontánea, un modelo espontáneo de interacción. Los elementos del campo grupal pueden ser organizados. La acción grupal, interacción en sus diferentes formas, puede ser regulada a fin de hacerla eficaz, de potencializarla en vista a sus objetos; en esto consiste la operación. Por la técnica operativa pretendemos instrumentalizar la situación grupal.

Hubiésemos querido incluir en este trabajo algunas indicaciones más precisas del manejo técnico de procesos transferenciales en grupos operativos. Las reflexiones de orden teórico nos llevaron más allá de lo previsto, y no lo lamentamos ya que las consideramos como soporte de cualquier tipo de especificación técnica.

En términos generales resulta importante señalar que la técnica del grupo operativo toma en cuenta los procesos de interacción grupal en función de la relación de los integrantes del grupo con la tarea. El abordaje de los procesos transferenciales que tiñen la interacción grupal deberá tener en cuenta esa relación básica: grupo-tarea.

En cuanto a la transferencia recíproca, inadecuadamente llamada contratransferencia, o conjunto de reacciones inconscientes del operador frente al grupo, la tarea y los procesos transferenciales que en él se cumplen constituyen un elemento de trabajo de inestimable valor, ya que alimentará en el operador la capacidad de fantasía para establecer hipótesis acerca del acontecer implícito del grupo.

Bibliografía

Biemel, W., *Le concept du monde chez Heidegger*, Université de Lovaina, Lovaina, 1950.

Freud, S., *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

Lagache, D., *La teoría de la transferencia*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.

Laplanche, J. y Pontalis, J. A., *Diccionario del psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971.

Pichon-Riviére, E., "Una nueva problemática para la psiquiatría", en este volumen.

_, "Una teoría de la enfermedad", *ibid.*

_, "Transferencia y contratransferencia en la situación grupal", *ibid.*

_, "Grupos operativos y enfermedad única", *ibid.*

_, "Grupo operativo y modelo dramático", *ibid.*

_, "Técnica de los grupos operativos", *ibid.*

CUESTIONARIO PARA "GENTEMERGENTE"

Pregunta

1) *¿Qué "obstáculos" encontró en su carrera psiquiátrica? ¿Cuáles fueron las rupturas epistemológicas?*

Antes de responder concretamente a la pregunta, creo necesario establecer una distinción entre el uso estricto del concepto de *obstáculo epistemológico*, tal como lo acuñara Gastón Bachelard, y la utilización de la noción de obstáculo que hago a partir de la lectura de este autor.

Si entendemos por obstáculo epistemológico la dificultad o la confusión que se asienta en el proceso de producción de un conocimiento científico, los obstáculos que encontré en mi carrera psiquiátrica y psicoanalítica surgían de la carencia de una teoría psicológica que ubicara el problema de la conducta en sus premisas adecuadas: la interrelación dialéctica entre individuo y sociedad. La ausencia de una perspectiva realmente totalizadora, con el escamoteo de la dimensión social del comportamiento y la marginación del problema de la acción de parte de las teorías psicológicas, aun de la más coherente de ellas, el psicoanálisis, impidió en principio la elaboración de un criterio adecuado de salud y enfermedad, a la vez que condujo con frecuencia, ante problemas concretos, a la utilización de conceptos emergentes del campo psicoanalítico (por ejemplo, teoría de los instintos) para dar cuenta de hechos vinculados a la génesis y modalidades de la relación entre estructura de personalidad y estructura social. Los modelos biológicos e individualistas

de la interpretación de la conducta han funcionado y operan aún como obstáculos epistemológicos en sentido estricto.

Arriesgo la hipótesis de que la carencia de una perspectiva integradora se asienta en lo que podríamos llamar "el gran obstáculo epistemológico": la consideración de la lógica formal como la única legalidad posible del pensamiento científico. Esta modalidad disociante del pensar, con evidentes fundamentos ideológicos, constituye la más grave dificultad en la tarea.

Mi interpretación de la noción de obstáculo se centra en la indagación de los elementos motivacionales de toda dificultad para aprehender un objeto de conocimiento o para efectuar una correcta lectura de la realidad. Por eso hablé en principio de "obstáculo epistemofílico", término que hoy me interesa rescatar. Si ustedes me preguntaran qué obstáculos epistemofílicos encontré en mi tarea, les diría que las ansiedades que caracterizan a todo aquel que debe operar en el campo de la locura.

En lo que hace a mi elaboración teórica me encontraba ante una situación de cambio: el pasaje de un campo de trabajo en el que me sentía instrumentado, protegido por una teoría orgánica, con un grupo de pertenencia, a otro campo todavía inestructurado en el que aún se están elaborando los conceptos básicos, en el que recién se plantea adecuadamente el problema que para mí no es otro que el de la indagación de la génesis y modalidades de la relación entre estructura de personalidad y estructura social. Ese cambio despertó en mí mucho miedo, una ansiedad que se resolvió en el diálogo, en el pensar con otros. Así nació esta escuela, y ver ese ECRO corporizado, dinamizado, creciendo dialécticamente en todos ustedes, es lo que me movió a vencer cierta forma de obstáculo epistemofílico que no consistía tanto en el no escribir sino en no darle a mi elaboración teórica la cristalización que significa un libro publicado.

En cuanto a las "rupturas" que ustedes mencionan creo que no soy yo el más indicado para hacer una interpretación epistemológica de mi teoría, pero sí puedo hablar de un pasaje: el del psicoanálisis a la psicología social, pasaje que creo logrado a través de la formulación del concepto de estructura vincular, que se convierte en instrumento de análisis de la génesis y formas de relación entre estructura de personalidad y estructura social.

Quiero aclarar que pasaje no significa renegar de los aportes de la teoría psicoanalítica, pues es a partir de ellos, integrados a los de la teoría marxista y a los elementos elaborados por quienes trabajaron

en un intento de totalización, como se puede fundamentar y construir la psicología social.

2) *¿Qué piensa del boletín "Gentemergente"?*

El boletín es un emergente, es decir, el signo de una modificación cualitativa en la estructura de la escuela; canaliza, todavía parcialmente, una necesidad de comunicación intrainstitucional que configura un problema a resolver por el aporte de todos. Pero básicamente creemos que debe ser interpretado como surgido de la necesidad de adquirir una identidad institucional, ideológica, científica, de rescatarnos y reconocernos como grupo de tarea. Es decir, Gentemergente aparece en un momento en que la pertenencia entra en crisis y no se esclarece la pertinencia o tarea prescripta no tanto de la escuela como institución, ya que ésta está explícita, sino de la escuela como portadora de un planteo en el campo de las ciencias sociales en nuestro aquí y ahora.

Parece oportuno recordar que la tarea es la marcha hacia un objetivo, marcha a través de la cual se adquiere identidad. Nuestro objetivo-proyecto es instrumentarnos para lograr una lectura crítica y operativa de la realidad. En ese sentido las vicisitudes del desarrollo de la escuela responden a los distintos momentos, a las alternativas de pretarea y tarea.

ENTREVISTA EN "PRIMERA PLANA" *

- 1) *El elitismo y verticalismo de las instituciones psicoanalíticas tradicionales es producto de la ideología liberal. Habiendo adoptado valores distintos, ¿de qué modo se organizan ustedes?*
- 2) *La teoría y técnica que ahora practican, ¿en qué difiere de la que hacían siendo miembros de la APA?*
- 3) *¿Qué idea tiene de la lucha en el campo de la cultura? ¿Cómo se vincula a la lucha social?*
- 4) *¿Cómo caracterizaría esa lucha a nivel de su campo específico?*
- 5) *¿Cómo se puede visualizar la relación entre los diferentes grupos que trabajan en el campo de la salud mental y cuáles son sus diferencias?*
- 6) *¿Cuál es la relación entre el momento social y económico argentino y el desarrollo de su ciencia?*
- 7) *¿Cómo se incorporan las crisis sociales a la situación analítica?*
- 8) *¿Cómo estructuran ustedes la relación terapeuta-paciente?*
- 9) *¿Cuál es su criterio de salud y enfermedad?*
- 10) *¿De qué manera colabora el psicoanálisis para llegar al socialismo?*

La lucha que se da en el campo de la cultura, lucha ideológica, se inscribe entre las manifestaciones de la lucha de clases en la medida en que surge un pensamiento dialéctico revolucionario que se replantee los modelos del pensamiento. Estos modelos han sido hasta ahora dominados por una lógica formal y disociante. Esas formas nuevas del conocimiento tienden a totalizar aquello cuyas interrelaciones han sido sistemáticamente escamoteadas y oscurecidas por la ideología dominante: el pensamiento, el sentimiento y la acción.

* Mayo, 1972.

En cuanto a mi campo específico, advierto la presencia de esa lucha a través de una incipiente revolución teórica, revolución caracterizada por los modos de aproximación a la problemática de la relación entre estructura socioeconómica y vida psíquica, indagación de la operación de las ideologías en el inconsciente, procesos de socialización. Hablo de revolución incipiente porque se trata, hasta ahora, del intento de ubicar el problema en sus premisas adecuadas: la psicología social es una disciplina en proceso de construcción. La carencia más lacerante en el campo del quehacer psicológico, o la máxima expresión de la incidencia de la ideología dominante, se advierte en el nivel de los criterios de salud y enfermedad. En cuanto a la práctica terapéutica, ¿cómo puede ser revolucionaria? Para responder a esto apelo a la que caracterizamos como *tarea*, entendida ésta como el abordaje y elaboración de los miedos que configuran la resistencia al cambio, rompiéndose así una pauta estereotipada y disociativa que funciona como factor de estancamiento en el aprendizaje de la realidad o punto disposicional de la enfermedad. En la tarea correctora, el sujeto realiza un salto cualitativo, se personifica y establece un vínculo operativo con el otro. Si el terapeuta confunde pretarea con tarea entra en el juego de la enfermedad y la actúa. El terapeuta entra en pretarea, cae en una impostura de la tarea, por resistencias propias al "ser consciente" al proyecto, lo que son resistencias ideológicas a la praxis. Insertarse como agente en un proceso corrector significa trabajar con un paciente y su grupo inmediato, para instrumentarlo a través de esa tarea común hacia el logro de una lectura crítica y operativa de la realidad. "La cura" se trata no de la adaptación pasiva, aceptación indiscriminada de normas y valores, sino del rescate en otro nivel, de la denuncia y la crítica implícitas en la conducta desviada (enfermedad) para establecer, a partir de allí, una relación dialéctica, mutuamente modificadora con el medio. Este es el criterio de salud con el que operamos.

En cuanto a cómo se incorporan las crisis sociales a la situación analítica yo respondería con otra pregunta: ¿cómo pueden no incorporarse a esa situación? Están presentes, lo sepan o no, terapeuta y paciente. La última pregunta se refiere a de qué manera el psicoanálisis colabora para el advenimiento del socialismo. Ante esto yo quisiera señalar un malentendido que amenaza tener peligrosas consecuencias: si bien todo hecho humano es un hecho político, la revolución social no se hace desde la psicología.

APORTACIONES A LA DIDÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

(en colaboración con Ana P. de Quiroga, agosto de 1972)

El encuadre institucional

Caracterización de la escuela. La escuela de la psicología social se define como una institución centrada en el aprendizaje y fundamentada en un esquema conceptual, referencial y operativo en el campo de la psicología social.

El esquema conceptual referencial y operativo. Caracterizamos al ECRO como conjunto organizado de nociones y conceptos generales, teóricos, referidos a un sector de lo real, a un universo del discurso, que permite una aproximación instrumental al objeto particular concreto. Este ECRO y la didáctica que lo vehiculiza están fundados en el método dialéctico.

El método dialéctico, por el que se desarrolla la espiral del conocimiento, implica un tipo de análisis que -a partir de los hechos fundamentales, las relaciones cotidianas- devela los principios opuestos, las tendencias contradictorias, fuentes configuradoras de la dinámica de los procesos.

Este método es el que permite la producción del conocimiento de las leyes que rigen la naturaleza, la sociedad, el pensamiento, tres aspectos de lo real comprometido en lo que denominamos "hombre en situación". Con el término "hombre en situación" intentamos caracterizar un objeto de conocimiento, en una tarea que reintegre lo fragmentado por un pensamiento disociante que oscurece las relaciones entre sujeto, naturaleza y sociedad.

Psicología social. La psicología social a la que apuntamos se inscribe en una crítica de la vida cotidiana, Abordamos al sujeto

inmerso en sus relaciones cotidianas. Nuestra conciencia de estas relaciones pierde su trivialidad en la medida en que el instrumento teórico y su metodología nos permiten indagar la génesis de los hechos sociales. Coincidimos con la línea abierta por H. Lefèvre, para quien las ciencias sociales encuentran su realidad en "la profundidad sin misterios de la vida cotidiana". La psicología social que postulamos tiene como objeto de estudio el desarrollo y transformación de una relación dialéctica, la que se da entre estructura social y fantasía inconsciente del sujeto, asentada sobre sus relaciones de necesidad. Dicho de otra manera, la relación entre estructura social y configuración del mundo interno del sujeto, relación que es abordada a través de la noción de vínculo.

Para nosotros el ser humano es un ser de necesidades, que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. El sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es un *sujeto producido* en una praxis. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuo, grupos y clases.

Si esa relación es el objeto de la psicología social, su campo operacional privilegiado es el grupo, que permite la indagación del interjuego entre lo psicosocial (grupo interno) y lo sociodinámico (grupo externo), a través de la observación de las formas de interacción, los mecanismos de adjudicación y asunción de roles. El análisis de las formas de interacción nos permite establecer hipótesis acerca de sus procesos determinantes.

La psicología social como disciplina que indaga la interacción en sus dos aspectos, intersubjetivo (grupo externo) e intrasubjetivo (grupo interno), es significativa, direccional y operativa. Se orienta hacia una praxis, de donde surge su carácter instrumental. Su punto de partida es una práctica. La experiencia de esa práctica, conceptualizada por una crítica y una autocrítica, realimenta y corrige la teoría mediante mecanismos de rectificación y ratificación, logrando una objetividad creciente. Se configura una marcha en espiral sintetizadora para elaborar una logística y construir una estrategia, que a través de la táctica y la técnica dé carácter operativo a planificaciones de distinto tipo para que pueda realizarse el cambio aspirado, que consiste en el desarrollo pleno de la existencia humana a través de la modificación mutua del hombre y la naturaleza.

¿Por qué nuestra valoración de la praxis? Porque sólo ella introduce la inteligibilidad dialéctica en las relaciones sociales y restablece la coincidencia entre representaciones y realidad.

Nuestro ECRO es un instrumento interdisciplinario, es decir, articula aportes de distintas disciplinas, en la medida en que resulten pertinentes al esclarecimiento del objeto de estudio. Estos aportes provienen del materialismo dialéctico, el materialismo histórico, el psicoanálisis, la semiología y las contribuciones de quienes han trabajado en una interpretación totalizadora en las relaciones entre estructura socioeconómica y vida psíquica. A partir de esos aportes se puede construir una psicología que ubique el problema en sus premisas adecuadas.

La didáctica. La didáctica que postulamos emerge del campo mismo de la psicología social. Señalamos con esto que reformularemos una metodología para operar en el campo del aprendizaje a partir de las contribuciones que la psicología social hace a la comprensión del proceso de aprendizaje.

Denominamos didáctica a una estrategia destinada no sólo a comunicar conocimientos (tarea informativa) sino básicamente a desarrollar aptitudes y modificar actitudes (tarea formativa). La articulación de lo informativo y formativo se cumple en la construcción de un instrumento: ECRO, que ubique al sujeto en el campo (lo referencial), le permita abordarlo a partir de elementos conceptuales, comprenderlo y operar sobre él mediante las técnicas adecuadas. Esta "situación" en el campo y el pensar y operar sobre él implica la necesidad no sólo de manejo teórico sino de la elaboración de las ansiedades emergentes en toda situación de cambio.

En esto consiste el oficio del psicólogo social, objeto de nuestra formación. Nuestra didáctica puede ser caracterizada como de núcleo básico, interdisciplinaria y grupal, instrumental y operacional. Aclaremos el significado de estos términos.

Núcleo básico. Según la hipótesis de los investigadores en el campo de la educación de adultos, la transmisión de conceptos universales, fundamentos de cada disciplina específica, permite acelerar el proceso de aprendizaje, a la vez que hace posible mayor profundidad y operatividad en el conocimiento. El núcleo básico está constituido por esos conceptos universales y el aprendizaje va de lo general a lo particular.

Interdisciplinaria y grupal. Lo interdisciplinario está aquí considerado en dos niveles; uno ya ha sido mencionado y estaría dado por los aportes que de distintas disciplinas se integran en el ECRO, en la medida en que resultan pertinentes al esclarecimiento del objeto de estudio.

El otro sentido de lo interdisciplinario estaría relacionado con el sentido de la búsqueda de la mayor heterogeneidad posible en términos de edad, actividad, formación, sexo, en la composición de los grupos que deberán reelaborar la información.

La heterogeneidad permite que cada miembro del grupo aborde la información recibida en común, aportando un enfoque y un conocimiento vinculados con sus experiencias, estudios y tareas. En un primer momento del itinerario del grupo se da una fragmentación del objeto de conocimiento, por las distintas modalidades de impacto y de receptividad frente al mismo. Esta heterogeneidad de enfoques y aportes debe conjugarse, alterándose funcionalmente, complementándose, hasta llegar a una integración o construcción enriquecida del objeto de estudio.

La heterogeneidad apunta básicamente a la ruptura de los estereotipos en la modalidad de aproximación al objeto de conocimiento, estereotipos que, por carencia de confrontación, suelen potencializarse en los grupos homogéneos. Sobre esta fundamentación formulamos la regla "a mayor heterogeneidad de los miembros, heterogeneidad adquirida a través de la diferenciación de roles desde los cuales cada miembro aporta al grupo su bagaje de experiencias y conocimientos y una mayor homogeneidad en la tarea lograda por la sumación de la información (pertinencia), el grupo adquiere una productividad mayor (aprendizaje)".

En síntesis, la posibilidad de una didáctica interdisciplinaria se apoya en la preexistencia en cada uno de nosotros de un esquema referencial.

Estos esquemas y modelos internos se confrontan y modifican en la situación grupal, configurándose a través de la tarea un nuevo esquema referencial que emerge de la producción del grupo.

Instrumental y operacional. Como estrategia de formación en psicología social tomamos como punto de partida la ubicación del sujeto, su inserción en un campo específico (la situación grupal). Esto le permite vivir una experiencia de campo a la vez que lo dota progresivamente de herramientas teóricas para comprender su propia

inserción, las características del campo y los recursos técnicos para operar sobre él.

Esta inserción en el campo grupal y la instrumentación técnica deben ser paulatinamente extendidas a otros campos de la operación de la psicología social (institucional o comunitario).

La noción de aprendizaje. Está sustentada en una didáctica que lo caracteriza como la apropiación instrumental de la realidad, para modificarla. La noción de aprendizaje se vincula íntimamente con el criterio de adaptación activa a la realidad, a través de lo cual se explicita la ideología que sustenta esta institución.

Entendemos por adaptación activa, aprendizaje de lo real, la relación dialéctica mutuamente modificante y enriquecedora entre sujeto y medio.

Aprender es realizar una lectura de la realidad. lectura coherente, no aceptación acrítica de normas y valores. Por el contrario, apuntamos a una lectura que implique capacidad de evaluación y creatividad (transformación de lo real).

Esta concepción del aprendizaje como praxis, como relación dialéctica, nos lleva necesariamente a postular que el enseñar y el aprender constituyen una unidad, que deben darse como proceso unitario, como continua y dialéctica experiencia de aprendizaje en la cual el rol docente y el rol alumno son funcionales y complementarios.

Nuestro instrumento de trabajo. El grupo operativo.
Supuestos teóricos

Hemos adoptado como instrumento primordial de trabajo y de tarea e indagación la técnica operativa del grupo, partiendo de la hipótesis de que el grupo es una estructura básica de interacción, lo que la convierte de hecho en unidad básica de trabajo e investigación.

Definimos al grupo como el conjunto restringido de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, que se propone en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad.

Los conjuntos sociales se organizan en unidades para alcanzar mayor seguridad y productividad. La unidad grupal tiene en muchos casos la característica de una situación espontánea. Pero los

elementos de ese campo grupal pueden ser a la vez organizados. Queremos decir con esto que la interacción puede ser regulada para potencializarla, para hacerla eficaz en vista a su objetivo. Esto es lo que se denomina planificación. Nace así la técnica operativa que apunta a instrumentar la acción grupal.

La técnica operativa. Esta técnica se caracteriza por estar centrada en la tarea: es decir que privilegia la tarea grupal, la marcha hacia el logro de sus objetivos.

Toda situación de aprendizaje, haciendo extensiva la noción de situación de aprendizaje a todo proceso de interacción, a todo tipo de manipuleo o apropiación de lo real, a todo intento de respuesta coherente y significativa a las demandas de la realidad (adaptación), genera en los sujetos dos miedos básicos, dos ansiedades básicas que hemos caracterizado como el miedo a la pérdida y el miedo al ataque: a) Miedo a la pérdida del equilibrio ya logrado en la situación anterior, y b) Miedo al ataque en la nueva situación en la que el sujeto no se siente adecuadamente instrumentado. Ambos miedos que coexisten y cooperan configuran, cuando su monto aumenta, la ansiedad ante el cambio, generadora de la resistencia al cambio.

Dicha resistencia al cambio se expresa en términos de dificultades en la comunicación y el aprendizaje. El desarrollo del grupo se ve obstaculizado por la presencia del estereotipo en el pensamiento y la acción grupal. La rigidez y el estereotipo constituyen el punto de ataque principal.

Allí se centra la tarea que se realiza mediante el abordaje y la resolución de los miedos básicos en un trabajo compartido de esclarecimiento grupal.

Este esclarecimiento implica el análisis, en el "aquí y ahora" de la situación grupal, de los fenómenos de interacción, los procesos de adjudicación y asunción de roles, las formas de la comunicación, en relación con las fantasías que generan esas formas de interacción; los vínculos entre los integrantes, los modelos internos que orientan la acción (grupo interno) y los objetivos y tarea prescripta del grupo.

Un paso importante en este proceso de esclarecimiento, de aprender a pensar, es un trabajo orientado hacia la reducción del índice de ambigüedad grupal por la resolución dialéctica de las contradicciones internas al grupo, que toman la forma de dilema,

paralizando la tarea a través del enfrentamiento entre individuos o subgrupos. La situación dilemática esteriliza el trabajo grupal y opera como defensa ante la situación de cambio.

El análisis sistemático de las contradicciones (análisis dialéctico) constituye la tarea central del grupo. Este análisis apunta básicamente a indagar la infraestructura inconsciente de las ideologías que se ponen en juego en la interacción grupal. Estas ideologías, sistemas de representaciones con gran carga emocional, suelen no formar ni en cada sujeto, ni en cada unidad grupal, un núcleo coherente. La coexistencia interna al grupo y al sujeto de ideología del signo contrario determinan distintos montos de ambigüedad que se manifiestan como contradicción y estancamiento de la producción grupal (estereotipia). La técnica operativa apunta a que el grupo constituya un ECRO de carácter dialéctico, donde las contradicciones relativas al campo de trabajo deben referirse al campo mismo de la tarea grupal (praxis).

Itinerario del grupo y relaciones cotidianas. Cuando la técnica operativa se aplica a un grupo centrado en el aprendizaje -en este caso particular, en el aprendizaje de la psicología social,- éste parte del análisis de las situaciones cotidianas para alcanzar, en sucesivos momentos de comprensión, un conocimiento objetivo.

El grupo operativo es la primer instancia de aporte de lo cotidiano. En él tienden a reproducirse relaciones cotidianas, los vínculos que ponen en juego modelos internos. El encuadre o la técnica operativa del grupo (conjunto de constantes metodológicas que permiten la comprensión de un proceso) facilitan, a través de la confrontación de esos modelos internos en una nueva situación de interacción, y en el análisis de sus condiciones de producción, la comprensión de las pautas sociales internalizadas que generan y organizan la formas observables de interacción.

El acontecer del grupo centra así la investigación del aprendiz de la psicología social en el fenómeno universal de la interacción, de donde surge el reconocimiento de sí y del otro en un diálogo y un intercambio permanentes que sigue una trayectoria en espiral.

La información -la herramienta teórica- debe ser abordada desde lo cotidiano para hacerlo comprensible, para dar valor de uso a esa herramienta teórica en una praxis.

De allí que insistamos en la importancia de partir del análisis de las llamadas fuentes cotidianas "vulgares" del esquema referencial.

La técnica operativa del grupo, sean cuales fueren los objetivos que en el grupo se propongan (diagnóstico institucional, aprendizaje, creación artística, planificación, etc.), tiene por finalidad que sus integrantes aprendan a pensar en una coparticipación del objeto de conocimiento, entendiendo que pensamiento y conocimiento no son hechos individuales sino producciones sociales. El conjunto de integrantes como totalidad aborda las dificultades que se presentan en cada momento de la tarea logrando situaciones de esclarecimiento, movilizandando estructuras estereotipadas que operan como obstáculo para la comunicación y el aprendizaje y que se generan como técnica de control de la ansiedad ante el cambio.

La tarea de coordinador. El coordinador mantiene con el grupo una relación asimétrica, requerida por su rol específico: el de co-pensar. Su tarea consiste en reflexionar con el grupo acerca de la relación que los integrantes del mismo establecen entre sí y con la tarea prescripta. Cuenta con dos herramientas: el señalamiento que opera sobre lo explícito y la interpretación que es una hipótesis acerca del acontecer implícito que tiende a explicitar hechos o procesos grupales que no aparecen como manifiestos a los integrantes del grupo, y que funcionan como obstáculo para el logro del objetivo grupal.

El equipo de coordinación, integrado por coordinador y observador, cada uno desde su rol específico y a partir de un ECRO que le permite la comprensión de las leyes estructurantes del proceso grupal, detecta las situaciones significativas (emergentes) que desde lo explícito remiten como signo a formas implícitas de interacción. La interpretación se incluye como herramienta en la técnica del grupo operativo en la medida en que permite la explicitación de lo implícito.

¿Qué sentido tiene esta explicitación? La dialéctica grupal consiste en una relación entre procesos implícitos y acontecer explícito, entre lo manifiesto y lo latente. La interpretación se incluye en esta dialéctica aportando al campo información que permite el autoconocimiento grupal, lo que genera nuevas formas interactivas. La interpretación operativa modifica el campo grupal, permite a partir del autoconocimiento la reestructuración de las relaciones entre los miembros y con la tarea. Opera en el campo del obstáculo a fin de mostrarlo para lograr una reorganización grupal que

permita elaborarlo. El obstáculo puede estar dado en el proceso de aprehensión del objeto, en la red de comunicación, etc. La interpretación incluye explícita o implícitamente un criterio de realidad o esquema referencial, a partir del cual se analiza la situación del grupo.

El valor de la interpretación está dado por la operatividad, es decir, su función reestructurante con vistas al objetivo del grupo. La interpretación consiste en la decodificación del sentido de lo emergente.

Es un aporte de significados al grupo.

El esquema de evaluación. La constatación sistemática de ciertos procesos grupales nos ha permitido construir un modelo que recoge las distintas formas de interacción grupal.

Este modelo de

Los vectores de esa categorización incluyen: los procesos de afiliación, pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje, telé, actitud ante el cambio y capacidad de planificación.

La situación central a evaluar y en la que convergen los distintos vectores de análisis es la actitud ante el cambio, que se modifica en términos de incremento o resolución de los miedos básicos, generadores de estereotipo.

A quiénes está dirigida la escuela de psicología social. La escuela está abierta a todos aquellos que, sean cuales fueren sus estudios y formación previa, se interesen en realizar un aprendizaje centrado en la comprensión de los fenómenos de interacción y el análisis del proceso social, particularmente lo que hace a la relación entre la estructura social y la vida psíquica.

Campo de acción de la psicología social. La psicología social, como disciplina y herramienta técnica, instrumenta para el abordaje, indagación, diagnóstico, planificación y operación en los distintos ámbitos en los que se cumplen procesos de interacción. Estos ámbitos, caracterizados como ámbito grupal, institucional y comunitario, pueden ser abordados desde un esquema conceptual común, pero presentan variables específicas que requieren manejo técnico diferenciado.