



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 25 – Invierno 2021

Algunos conceptos de la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan para la comprensión de la subjetividad y “grupalidad” en la Clínica Grupal Operativa

Rosa Gómez Esteban ¹

“El clínico tiene que intuir la realidad psíquica de los individuos y del grupo” (Bion²).

ÍNDICE

- Introducción
- Teorías psicoanalíticas para la Concepción Operativa de Grupo (COG)
- ¿La Clínica grupal operativa es un nuevo paradigma para los Servicios de Salud Mental?
- Del “dispositivo analítico” al “dispositivo grupal operativo”
- El dispositivo grupal operativo
- Cuatro conceptos psicoanalíticos para la “Clínica Grupal Operativa”
- Los vínculos
- A modo de conclusiones

INTRODUCCIÓN

En los Servicios de Salud Mental (SSM) los procesos de salud/enfermedad no pueden pensarse únicamente desde “lo intrapsíquico”. Freud cuestionó la identidad y el yo consciente en el sujeto humano, y propuso que se construye entre vínculos y relaciones

¹ Rosa Gómez Esteban es médico-psiquiatra, psicoanalista, psicoterapeuta de grupo. Madrid

² Bion WR. *Experiencias en Grupos*. Barcelona: Editorial Paidós; 1962.

sociales. Pichon-Riviére³ desarrolla estas ideas y planteó que **no hay nada en el sujeto que no sea producto de la experiencia, de los vínculos y relaciones**. Mientras que Freud afirma que toda psicología individual es social, Pichon junto a Quiroga⁴ plantea que toda psicología es social, y que la experiencia con el/los otro/s es fundante del psiquismo.

Pichon plantea las dos bases epistemológicas fundamentales de la teoría de grupo operativo: la teoría psicoanalítica y la dialéctica. Posteriormente, los desarrollos de Bauleo⁵ y de Brasi permitirán plantear la Concepción Operativa de Grupo (COG). En este texto nos centraremos en algunos conceptos de la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan de interés para la COG. Pero, previamente realizaré una breve síntesis de la dialéctica en Pichon.

La dialéctica hegeliana había descrito el progreso de la conciencia hacia el saber absoluto por medio de una serie de confrontaciones entre elementos opuestos, en una triada de tesis, antítesis y síntesis. Sin embargo, la dialéctica pichoniana es materialista, no idealista. Plantea que la relación entre el hombre y el mundo es dialéctica, de transformación mutua, una acción transformadora que denomina praxis. En la concepción dialéctica, el mundo es un conjunto de procesos interconectados en el que todo está en permanente cambio.

Las bases dialécticas le permiten a Pichon plantear que en el campo grupal se han de investigar las contradicciones en juego para transformar los dilemas en contradicciones y, de ese modo, posibilitar su integración y elaboración. Entre estas contradicciones señalaremos las siguientes antinomias: sujeto/objeto; individuo/grupo; teoría/práctica; pensamiento/afecto; proyecto/resistencia al cambio, terapia/aprendizaje, etc.

La mirada de Lacan también nos interesa para el campo grupal. Su dialéctica, a diferencia de la hegeliana, no cree en la síntesis final, y lo sustituye por las vicisitudes de una falta⁶. Y a partir de la misma se construirá el deseo del sujeto, siempre en la relación con el deseo del Otro en un proceso dialéctico. Afirmará que la experiencia analítica es una experiencia dialéctica, es un incesante proceso dialéctico en el que pueden subvertirse las ilusiones del yo.

Pichon ubicó a la necesidad como motor de la dialéctica, mientras que Lacan lo situó en la falta. Afirmará que el deseo se constituye en la identificación con el deseo del Otro. En Lacan, el deseo es inconsciente y en Hegel se articula con la conciencia, y es deseo de reconocimiento, mientras que en Lacan es reconocimiento del deseo. El deseo humano para

³ Pichon-Riviére E. *El proceso grupal, del Psicoanálisis a la Psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1975.

⁴ Quiroga A. "El grupo sostén y determinante del psiquismo", *Rev Psicoanálisis e Intersubjetividad*, n° 3; 2008.

⁵ Bauleo A, Duro J C, Vignale R. *La Concepción Operativa de Grupo*, Madrid: AEN, 1990.

⁶ Dylon Evans. *Diccionario introductorio de Psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós; 1997.

este autor se constituye sobre otro deseo, no se dirige en lo privado, y no puede reducirse a lo biológico, ni a lo psicológico, sino que se despliega con otros en lo social. El deseo será estructurante y estructurador de la subjetividad, y motor de la ética y de la política.

Para la teoría grupal nos interesa, siguiendo a Stavrakakis⁷, que **Lacan continuó con el legado freudiano e introdujo una concepción sociopolítica de la subjetividad** y un análisis sociopolítico de inspiración psicoanalítica. El sujeto que le interesa al psicoanálisis es un sujeto cuya subjetividad está relacionada con un determinado orden simbólico y una organización política establecida en el seno de la sociedad a la que pertenece. Lacan plantea que el sujeto es esclavo de los significantes dominantes de su época, depende del discurso del “Otro,” del sistema de convenciones significantes que componen la mítica del inconsciente y que marca al individuo, prefigurando su lugar desde el nacimiento. Es un sistema parental y simbólico que determina la posición del sujeto. Es decir, no hay subjetividad que no pase por “lo político”, entendiendo este término como la expresión social y parcial del ‘acuerdo’ que regula todo lazo social⁸.

Lacan continúa la idea freudiana de que la escisión es constitutiva de la subjetividad, y añade que el sujeto además de estar dividido está alienado, afirmando que el sujeto no se reduce al yo, que éste es imaginario, y efecto de la sedimentación de las imágenes idealizadas internalizadas durante el estadio del espejo. Plantea que, mientras el yo emerge en lo imaginario, el sujeto es efecto de lo simbólico, de la palabra y mirada de quien ejerce la función materna. El sujeto es un sujeto del significante constituido en la aceptación de las leyes del lenguaje, que se reconoce a partir del significante.

Lacan investiga la identificación, principio fundamental que hace posible dos hechos fundamentales de la cultura humana: la vida psíquica y el lazo social. El yo es efecto de esa acción psíquica, a condición de otra acción psíquica, el deseo del Otro que empuja o cautiva a la identificación. Si no se da la identificación, no se obtiene el estatuto de sujeto del inconsciente, sería vivir en un estado de fragmentación corporal, delirio y angustia, autoerotismo o esquizofrenia. La identificación tiene como efecto el sentimiento – inconsciente o consciente- de estar arraigado, de estar para alguien, para el Otro, de pertenecer, de pertenencia al Otro.

Stavrakakis subraya que Lacan reconoce en su tesis que Pichon fue su maestro en el campo de la psiquiatría, ambos trabajaron en la interrelación entre Psicoanálisis y análisis socio – político. Pichon mostró esta interrelación en su posición subjetiva, en la creación y desarrollo del Grupo Operativo, y en el pasaje “del Psicoanálisis a la Psicología Social”, título de su libro.

⁷ Stavrakakis Y. *Lacan y lo político*, Buenos Aires: Prometeo Libros; 2007.

⁸ Correa González E. <http://www.cartapsi.org/new/la-identidad-y-la-identificacion-laclau-y-zizek/>

En este texto revisaremos algunos conceptos y teorías psicoanalíticas para la Concepción Operativa de Grupo (COG) y plantearemos un interrogante: ¿la Clínica Grupal Operativa es un nuevo paradigma para los Servicios de Salud Mental? Volveremos a pensar el pasaje del “dispositivo analítico” al “dispositivo grupal operativo” en la clínica que realizamos. Y señalaremos cuatro conceptos psicoanalíticos en Freud y Lacan que son imprescindibles en nuestros grupos terapéuticos: “sujeto”, familia/Edipo, síntoma y conflicto. Finalizando con una reflexión sobre los vínculos y algunas conclusiones.

TEORÍAS PSICOANALÍTICAS PARA LA COG

La concepción de inconsciente que orienta nuestro trabajo va a determinar la observación que realizamos en los grupos terapéuticos. En esta temática Freud, Lacan, Pichon y Bauleo son referentes para nuestra “Clínica Grupal Operativa”. En esta clínica observamos diferentes inconscientes y latentes, diversas realidades psíquicas, entre ellas, dos que compartimos con Bion: la individual y la grupal.

En este trabajo, como en anteriores, intento profundizar en la siguiente **hipótesis: en la Clínica Grupal Operativa se observan tres realidades psíquicas: la subjetividad (efecto de los vínculos intersubjetivos del pasado), la vincularidad (la inter e intrasubjetividad actual), y la grupalidad (la multiplicidad vincular)**. Tres objetos de conocimiento, que al finalizar el texto descubro que son los tres objetos propuestos por Kaës. El estudio de las similitudes y diferencias entre ambos posicionamientos respecto a lo grupal, lo pospondremos para otro momento.

El objetivo de este texto es reflexionar sobre las bases epistemológicas psicoanalíticas de la Concepción Operativa de Grupo (COG), en concreto sobre las aportaciones de la teoría de sus dos grandes autores, Freud y Lacan. Nos interesa pensar la teoría porque determina nuestra práctica clínica y, a su vez, ésta posibilita el desarrollo de la teoría. Para ir develando los objetos que observamos en la clínica grupal precisamos realizar las articulaciones necesarias entre teoría y práctica, y viceversa. El objetivo es tener más instrumentos para “operar”, para ser “operativos”, para ser más eficaces en nuestra clínica grupal, por ellos nos interesa realizar bien estas articulaciones entre lo teoría/la técnica/la práctica, y la clínica.

La relación entre Psicoanálisis y Concepción Operativa de Grupo (COG) es un debate muy actual, a nivel nacional como internacional. Se está de acuerdo en las bases epistemológicas freudianas de la COG, pero existen diferencias respecto a los desarrollos psicoanalíticos posteriores. Probablemente Pichon y Lacan se confrontaron con el psicoanálisis americano, ya que Lacan apoyó muchas de las tesis kleinianas, y Pichon utilizó conceptos de Klein, (las posiciones esquizoparanoide y depresiva) para comprender los

fenómenos grupales, y describir las resistencias al cambio que designa como “miedo al ataque y a la pérdida”.

En España, algunos autores grupalistas abordaron la problemática acerca de qué Psicoanálisis para la COG, a través de la confrontación Klein vs Lacan. Se pensó de manera dilemática y tuvo como efecto la disociación y/o la negación de uno de los autores de ese par, con importantes consecuencias para la Concepción Operativa de Grupo. En el momento actual nos interesa interrogarnos: ¿qué autores psicoanalíticos incorporar a nuestra práctica clínica grupal, y cómo realizarlo? El objetivo es realizar “puentes” entre las teorías, siguiendo a Ricardo Klein⁹, para de ese modo, lograr un fructífero diálogo.

El trabajo en Clínica Grupal Operativa y, sobre todo, mi interés en “el discurso grupal”, desde hace años, requiere un buen conocimiento de la teoría psicoanalítica para poder investigar los diferentes discursos que emergen en los grupos terapéuticos. Elaborar reflexivamente los contenidos psicoanalíticos es imprescindible para nuestro trabajo con grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares.

En los Programas y en la formación de los terapeutas grupales hemos de transmitir la relevancia de la teoría/práctica /técnica y clínica psicoanalítica para trabajar con grupos que tengan una tarea terapéutica. Se ha de transmitir de manera operativa, las nociones específicamente grupales, tanto las aportaciones más clásicas como las más actuales y, asimismo, los conceptos psicoanalíticos freudianos, lacanianos, kleinianos, winnicottianos, y millerianos, con el objetivo de incorporarlos al “Esquema Conceptual Referencial Operativo” (ECRO) y poder realizar una “buena” Clínica Grupal Operativa.

Más allá de los diferentes autores, lo relevante es que la teoría oriente la práctica y la práctica reformule la teoría. Desde esta posición abordar la tarea grupal terapéutica con el objetivo de facilitar los cambios subjetivos en aquellos sujetos que deseen cambiar, y en los otros aliviar los malestares y padecimientos. Es de interés que los diálogos y debates, internos y externos, muestren las diferencias teóricas y clínicas para repensar el ECRO de la COG. Estas reflexiones fortalecerán nuestras teorías y prácticas y permitirán ubicarnos en una mejor posición respecto a otras teorías grupales psicoanalíticas.

En “Una perspectiva histórica de la psicoterapia de grupo”, en el libro “Grupos terapéuticos y asistencia pública”¹⁰, de 1997, que coordiné con mi querido compañero Emilio Gamo, señalé que la mayoría de los autores que iniciaron el campo de la psicoterapia de grupo fueron psicoanalistas. Y, asimismo, los autores que se dedicaron a su desarrollo y teorización. En ese capítulo puntué algunas contribuciones de los psicoanalistas y

⁹ Klein R. *Grupo Operativo, coordinación, clínica, formación*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2017.

¹⁰ Gamo Medina E, Gómez Esteban R. *Grupos terapéuticos y asistencia pública*. AEN; 1997.

grupalistas, algunos de ellos pioneros de la Clínica Grupal Operativa. En esa historia observamos el interesante proceso de cambio, en los inicios, el grupo como un medio para la psicoterapia psicoanalítica individual; que denominamos psicoterapia “en” grupo. Para posteriormente pensarse ***el grupo como objeto de estudio y principal agente terapéutico***, psicoterapia “del grupo”, “entre” el grupo, y “a través del” grupo posibilitando la génesis de conceptos específicos grupales.

Tenemos que seguir reflexionando sobre las bases epistemológicas psicoanalíticas de la Concepción Operativa de grupo (COG) creada por Pichon, Bleger, Bauleo, de Brasi, Caparrós, Quiroga, Fabris, Scherzer, entre otros. Sabemos que esta clínica se ha nutrido con las aportaciones conceptuales de las teorías Psicoanalíticas de Freud, Lacan, Klein, Miller y Winnicott, entre otros. Y también con las relevantes aportaciones grupales de otros autores psicoanalistas: Bion, Foulkes, Anzieu, Kaës, Pontalis, Bejarano, Pavlosky, Kesselman, O’Donnell, Baudesco, entre otros.

El campo de la grupalidad, vincularidad y subjetividad requiere del Psicoanálisis porque nos dota de instrumentos para su análisis. En el momento actual, mi objetivo es centrarme sólo en aquellas aportaciones psicoanalíticas de Freud y de Lacan que puedan ser de interés para la Clínica Grupal Operativa, aunque también señale muy brevemente alguna aportación de Melanie Klein. Sabemos que Freud y Lacan plantean dos miradas del Psicoanálisis con similitudes y diferencias, y que sus aportaciones son centrales para la comprensión de la clínica, como se evidencia en cuatro conceptos nucleares de la COG: el “vínculo”, el “grupo interno”, “el emergente”, y el “discurso grupal”. Cuatro conceptos centrales en interrelación dialéctica que muestran la continuidad entre los grupos internos, y el grupo actual, en el aquí-ahora.

Para el desarrollo de la Concepción Operativa de Grupo (COG) hemos de ser cuidadosos y aclarar los malentendidos y desencuentros para evitar desplazar las críticas institucionales a las teorías. Respecto a la psicoanalítica se han de tener en cuenta también los errores en las traducciones de los textos freudianos que han generado malentendidos y algunos rechazos. Aunque se critique a la Institución Psicoanalítica porque, como todas las instituciones, es espacio de confrontaciones, exclusiones, y rupturas (por otro lado, emergentes habituales en los grupos humanos), es preciso reflexionar y debatir acerca de los conceptos psicoanalíticos que son imprescindibles para la práctica clínica.

¿LA CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA ES UN NUEVO PARADIGMA PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL?

La medicalización de los conflictos subjetivos, la implosión de los sistemas diagnósticos, y el consumo abusivo de psicofármacos son tres características de nuestra

época. El paradigma biológico imperante nos obliga a repensar las concepciones de salud y enfermedad, la psicopatología, el diagnóstico y el uso de instrumentos terapéuticos eficaces. ***La Clínica Grupal Operativa pretende ser otro paradigma que sitúa al grupo en el centro, tanto como agente de enfermedad como de curación.*** Otra forma de comprender los procesos de salud-enfermedad y los terapéuticos, *otro paradigma* en el que los vínculos y los modos de vinculación con los otros estén tanto en el origen de los padecimientos como en la instrumentación de la “cura”. Un *paradigma grupal* que propone “*el grupo como agente principal de la cura*”.

Freud introdujo una revolución en la clínica subjetiva, nosotros con la Clínica Grupal Operativa¹¹ pretendemos que se de un cambio significativo en las políticas, y en la reflexión y atención a las problemáticas de Salud Mental. Hemos constatado, desde los años 80, que la clínica grupal tiene gran eficacia en las diversas psicopatologías, desde las más leves a las más graves¹², y en sus diferentes modalidades (grupos terapéuticos, de pareja, padres, familiares, y multifamiliares). Sabemos que el sujeto enferma por ideas, representaciones, y experiencias vivenciales que modelaron la forma de pensar, sentir y hacer, siguiendo a D’Agostino¹³.

La “Clínica Grupal Operativa” pretende constituirse como un nuevo paradigma en el campo de la salud mental, repensar y cambiar el propio término “enfermedad mental”, e introducir estrategias psicoterapéuticas grupales en los Servicios de Salud Mental (SSM). Un paradigma que privilegia las causas psicosociales en el origen de la enfermedad, y da relevancia a los grupos terapéuticos en el tratamiento. Un modelo que propone al grupo, en sus diferentes modalidades, como el instrumento de elección en todas las psicopatologías que se atienden en los SSM, combinada, si es necesario, con otras estrategias terapéuticas en los trastornos graves. Aunque sabemos que para colectivizar el sufrimiento en dispositivos grupales, para que estos cambios puedan realizarse han de incorporarse estas problemáticas al campo de la política, de acuerdo con García Rodríguez¹⁴.

En este texto nos hemos planteado los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es el lugar del Psicoanálisis en la “Concepción Operativa de Grupo”?
2. ¿Los conceptos centrales de la teoría psicoanalítica, el inconsciente y las dos teorías del aparato psíquico, la doble teoría pulsional, la pulsión de muerte, los

¹¹ Gómez Esteban R. “Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2020; 40 (137): 131-154.

¹² Gómez Esteban R. “El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicótica, borderline y enfermedades orgánicas”. Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; número especial 3.

¹³ D’Agostino L. “Bases psicoanalíticas del pensamiento pichoniano”. Buenos Aries: Ed Cinco; 1997.

¹⁴ García Rodríguez S. “La participación comunitaria y la construcción de salud colectiva de las mujeres en una Villa Argentina”. Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales. 2021, n° 25.

fenómenos transferenciales, y la repetición son imprescindibles para el conocimiento de la subjetividad y la “grupalidad”?

3. ¿La interrelación entre subjetividad y grupalidad requiere conocer los mecanismos de identificación freudiana (proyectiva e introyectiva), la “deposición” pichoniana, y los demás mecanismos defensivos que han sido descritos por el psicoanálisis?
4. ¿La técnica psicoanalítica (el encuadre, las reglas fundamentales, la interpretación, las funciones del analista grupal, de escucha y lectura del discurso) es imprescindible para trabajar con grupos terapéuticos?
5. ¿Para la comprensión de la grupalidad y subjetividad es necesario el conocimiento de los textos sociales freudianos?

La teoría psicoanalítica es relevante en la teoría grupal operativa porque posibilita conocer los tres objetos de conocimiento que proponemos para los grupos terapéuticos: “lo inconsciente subjetivo”, “lo inconsciente vincular” y “lo latente grupal”. Afirmamos que no se puede trabajar con grupos terapéuticos sin esta base epistemológica psicoanalítica.

Partimos de esta **hipótesis**: *“en los grupos terapéuticos se pone en acto lo inconsciente de los sujetos, lo co-inconsciente que emerge en los vínculos, y “lo latente grupal” constituido en la interrelación de los co-inconscientes de todos los participantes.*

EL “DISPOSITIVO ANALÍTICO”

Freud señaló que la fuente mayor del sufrimiento humano radicaba en las relaciones interpersonales y posibilitó el conocimiento del sufrimiento subjetivo, su relación con los vínculos intersubjetivos y familiares. La teoría psicoanalítica posibilita el conocimiento de lo más íntimo del hombre: lo inconsciente, la muerte, la sexualidad, las pasiones, y las complejas relaciones con los otros; un conocimiento imprescindible para trabajar con grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares.

La teoría psicoanalítica en los grupos con tarea terapéutica aporta instrumentos relevantes para comprender la grupalidad, la subjetividad, la intersubjetividad, el padecimiento psíquico, y los conflictos subyacentes. Por otro lado, para la formación de coordinadores de grupo con tareas diferentes a la terapéutica es preciso implementar qué conocimientos teóricos y técnicos psicoanalíticos son precisos para develar lo “latente grupal”.

El encuadre y las reglas fundamentales para la interpretación son los elementos fundamentales del “dispositivo psicoanalítico” y también imprescindibles para la clínica

grupal. Para la organización del encuadre grupal y del “**dispositivo grupal operativo**” matizamos las variables del encuadre psicoanalítico, después de explicitar las coordenadas espacio - temporales. La regla que propongo en los grupos terapéuticos es “**la conversación libre grupal**”, que hablen y dialoguen de la manera más libre posible, ya que este término me parece más cercano que “la discusión libre flotante” de Foulkes.

El encuadre grupal lo pensamos en sus diferentes aspectos: lo interno, lo externo, lo teórico y lo afectivo, sabiendo que son ámbitos dialécticamente relacionados entre sí. El encuadre grupal, como el individual, ofrece las condiciones de posibilidad para que se desarrolle el proceso terapéutico. Bleger¹⁵, psicoanalista y grupalista, figura central en nuestra teoría, profundizó en las funciones del encuadre grupal, y lo pensó como lugar de depositación de los aspectos más indiscriminados de los sujetos.

La teoría psicoanalítica es imprescindible para el equipo terapéutico, su función ha de ser de “atenta escucha y lectura” de los discursos de los pacientes y de las interrelaciones interdiscursivas. La lectura del “discurso grupal”, como principal objetivo, obliga a repensar la función del analista/terapeuta grupal y del equipo en los grupos terapéuticos. De la consideración de estos aspectos en la formación dependerá el aprendizaje y el desarrollo de cualidades para la observación y asociación de emergentes, la elección de los emergentes grupales, las lecturas de emergentes de cada sesión, y la construcción de las intervenciones e interpretaciones del equipo terapéutico.

Respecto a esta función de escucha, Freud define el inconsciente por aquellas representaciones que han sido reprimidas, mientras que Lacan no piensa sólo lo inconsciente como lo reprimido, será también lo no realizado. Mostrará las dificultades para definir el inconsciente, y afirmará: “el inconsciente es el discurso del Otro”; “el inconsciente está estructurado como el lenguaje”; y “el inconsciente es la política”.

Freud descubre el Edipo y la sexualidad, y subraya la importancia de los vínculos del grupo familiar en la constitución del sujeto. Mostrará la relevancia de la función paterna que instala la prohibición del incesto, la represión sexual, que posibilita la construcción del superyó, y un modelo de identificación, el Ideal del yo. A su vez, Lacan en el texto de “La familia”¹⁶ pensará el Complejo de Edipo como el principio organizador de los vínculos sociales. Subrayará la significación de la función familiar en la estructuración del sujeto, y la importancia del deseo de la madre por el padre. Es decir, la trascendencia de las funciones materna y paterna en la creación del sujeto, y otorgando a los celos fraternos un lugar importante en la estructuración psíquica del sujeto.

¹⁵ Bleger J. “Grupos operativos en la enseñanza”. En *Temas de psicología, (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.

¹⁶ Lacan J. *La familia*. Barcelona/Buenos Aires: Ed. Argonauta; 1978.

La función paterna, posibilitará la apertura a lo social, el acceso a lo simbólico, el modo de vínculo social. Afirmará que, **en la falla de la función paterna encontraremos la causa de la psicosis¹⁷**, la no entrada en el mundo simbólico, y la exclusión del Edipo. El rechazo de un significante fundamental, el Nombre del Padre, que nombrará con el concepto de “forclusión”. La persona psicótica, carente de la función paterna, quedará fusionada en la relación dual con la madre y con muchas dificultades para el lazo social.

Por otro lado, el pensamiento de Melanie Klein¹⁸ acerca del desarrollo psíquico, y su propuesta de dos estructuras emocionales nos interesa para la Clínica Grupal Operativa. Describe dos posiciones, no etapas: la esquizoparanoide y la depresiva, que generan una manera de sentir, relacionarse con el mundo y modos de defensa. En la primera, se dan relaciones de objeto parcial, y en las segundas, relaciones de objeto total. En la posición esquizoparanoide, el bebé se siente perseguido, los mecanismos principales de defensa son la proyección y la escisión. El bebé, poco a poco realiza la integración entre “pecho bueno”, que gratifica, y “pecho malo”, que frustra, y estas integraciones posibilitan el pasaje paulatino a la posición depresiva. En esta posición, el bebé logrará la tolerancia a la ausencia de la madre, la entrada en juego de los objetos transicionales que describiera Winnicott, y paulatinamente la discriminación del objeto.

En la posición esquizoparanoide las ansiedades predominantes son las paranoides y, en la segunda, las depresivas; las mismas ansiedades que Pichon y Anzieu¹⁹ describieran para los grupos. Estas ansiedades son responsables de los temores al ataque y a la pérdida que señalara Pichon en los grupos de aprendizaje. Klein piensa su psicología evolutiva psicoanalítica en relación con las pulsiones de vida y muerte que propusiera Freud, que serán más o menos intensas en función de las experiencias del sujeto. Considera que la experiencia de nacimiento incrementa la pulsión de muerte, y que si se dan situaciones traumáticas habrá mayor pulsión de muerte. Y, en el caso de que sea muy intensa se proyectará, quedando parte en forma de agresividad en el interior.

En resumen, la familia ocupa un lugar relevante en la subjetividad de los miembros del grupo, la función materna y paterna, el interjuego de deseos y de vínculos entre la madre y el padre, y los vínculos fraternales son fundamentales en la construcción de la subjetividad de cada miembro del grupo. Pichon investiga la internalización de los grupos familiares, los “grupos internos”, que se externalizarán en el grupo terapéutico.

La hipótesis planteada es: **La “grupalidad” será diferente en función de los diversos momentos, de la historia del proceso terapéutico grupal.**

¹⁷ Lacan J. el seminario n° 3 de Jacques Lacan, las Psicosis. Buenos Aires: Paidós; 1984.

¹⁸ Klein M. *Obras completas*. Barcelona: RBA; 2006.

¹⁹ Anzieu, Yves Martin J. *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapelusz; 1971.

DEL “DISPOSITIVO ANALÍTICO” AL “DISPOSITIVO GRUPAL OPERATIVO”

La teoría psicoanalítica aporta a la “Clínica Grupal Operativa” una teoría de la subjetividad, del aparato psíquico, de lo inconsciente, del vínculo social, y de la técnica. La primera teoría del aparato psíquico posibilitó la comprensión del ser humano como un ser dividido entre lo consciente y lo inconsciente. Y la segunda teoría de Freud, que este aparato psíquico estaba constituido por tres instancias: el Ello, el Yo y el Superyó. Por otro lado, Lacan describirá los tres registros de la experiencia humana: lo imaginario, lo simbólico y lo real.

La “Clínica Grupal Operativa” forma parte de las psicoterapias de grupo psicoanalíticas. Pichon-Rivière, psicoanalista, fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), a mediados del siglo pasado creó la teoría grupal operativa. El autor planteó un cambio de modelo en las teorías acerca del proceso de salud-enfermedad, y logró articular la relación entre enfermedad familiar y subjetiva. Afirmó que ***el sujeto se enferma y se cura en grupo***. Pichon-Rivière, a lo largo de su vida, realizó el pasaje del Psicoanálisis a la Psicología Social, y fue generando conocimientos para la construcción de una Psicología Social Operativa.

Desde que Pichon, a mediados del siglo pasado, realizara el pasaje del dispositivo psicoanalítico al “dispositivo grupal operativo” se han realizado numerosos procesos grupales terapéuticos, formativos y de investigación, constatándose que estos dispositivos son fundamentales para el tratamiento del sufrimiento del sujeto, de los grupos, y de las instituciones. Los conceptos psicoanalíticos posibilitan también una mejor comprensión de la Clínica Grupal Operativa, y junto a otras teorías nos permiten investigar las marcas de “lo social y lo grupal” en la constitución de la subjetividad.

Pichon inventó dispositivos grupales que se nucleaban alrededor de una tarea. Personalmente tuve la suerte de conocer la obra de Pichon-Rivière, en la segunda mitad de los setenta, gracias a nuestro maestro Armando Bauleo, psicoanalista y grupalista, que trabajó con Pichon. En ese momento trabajaba en grupos terapéuticos en el hospital de día del actual Gregorio Marañón, en Madrid. Desde el primer día que observé un grupo terapéutico me apasionó esta estrategia de tratamiento, y por ello la prioricé en mi trabajo institucional a lo largo de mi vida profesional.

Desde aquellos años, junto a otros compañeros, hemos seguido desarrollando dispositivos grupales operativos en los SSM de nuestro país, tanto en el campo terapéutico, como en la formación e investigación, y en el ámbito privado. En el momento actual nos interesa reavivar el debate entre los diferentes posicionamientos psicoanalíticos dentro del

campo grupal para encontrar alguna respuesta a los interrogantes que plantea la clínica grupal:

1. ¿La articulación entre lo subjetivo, lo familiar y lo grupal precisaría también de otros conceptos provenientes de otras teorías, además del psicoanálisis?
2. ¿En la clínica grupal, cómo ha de ubicarse el terapeuta y cómo ha de trabajar la multiplicidad transferencial?
3. ¿Qué intervenciones e interpretaciones serían las más pertinentes en la clínica grupal?
4. ¿Como facilitar las articulaciones entre “grupo interno” y el denominado “grupo externo”, es decir, las asociaciones entre espacios intrasubjetivos, intersubjetivos, y grupales?
5. ¿En la formación actual, qué cambios se han de realizar para lograr “otra atenta escucha y lectura” de los procesos asociativos grupales?

En resumen, sin la teoría psicoanalítica no es posible comprender los fenómenos subjetivos, ni la “grupalidad”, es decir, la multiplicidad de vínculos intersubjetivos que se crean y generan en el grupo. En la Clínica Grupal Operativa se da una multiplicidad de objetos de conocimiento que requieren una buena formación psicoanalítica: lo inconsciente subjetivo, lo inconsciente vincular, y lo latente/inconsciente grupal. En los grupos terapéuticos trabajamos lo subjetivo y vincular, y nos centramos en lo latente/inconsciente grupal, que abordamos a través del “discurso grupal”. Sabiendo que estos objetos están interrelacionados entre sí, y con los ámbitos institucional, comunitario y social-global.

Se propone una noción de “grupalidad”, con la que hacemos referencia a la compleja organización e interrelación de los diversos sujetos, objetos, modos de vinculación, fantasmas, afectos, ansiedades/angustias (confusionales, paranoides y depresivas), fenómenos transferenciales, mecanismos defensivos y resistenciales, y otros microprocesos, que se generan en el grupo terapéutico frente a la angustia producida ante la multiplicidad relacional y vincular.

CUATRO CONCEPTOS PSICOANALÍTICOS IMPRESCINDIBLES EN LA “CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA”

Freud en su magistral texto “Psicología de las masas y análisis del yo” identifica psicología social e individual, y ofrece los instrumentos para la comprensión de lo intrasubjetivo, intersubjetivo y sus articulaciones con lo social, a través del Edipo. Freud, Lacan, y Pichon afirmarán con distintas palabras que, ***el sujeto se construye en la relación con el Otro*** (el “Otro materno”, el Otro del lenguaje, el Otro de lo social). Un Otro que para

Freud puede ser objeto, auxiliar, modelo o adversario, y un sujeto para Lacan, cuyo deseo es el deseo del Otro.

Estos tres autores, con diferentes discursos, afirmarán que el sujeto no es sin el “Otro”, que la construcción del sujeto precisa el lenguaje social que se transmite a través de las funciones parentales en el grupo familiar. Pichon diferenciará su noción de “vínculo” de la “relación de objeto”, que nombrarán los postfreudianos. El vínculo lo describirá como una relación recíproca entre sujeto y objeto, una relación ambivalente, como señalara Freud. Pichon añadirá que es a cuatro vías, el sujeto ama y odia al objeto, y se siente amado y odiado por el objeto. Nombrará “protovínculo” a la relación con la madre, mientras que Lacan denominará “fantasma” a esta relación entre sujeto y objeto.

Tanto en Freud como en Lacan y Pichon, **los mecanismos de identificación serán centrales en la constitución del “yo”, del vínculo, y de “lo grupal”**. En Pichon, los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva serán fundamentales para la comprensión de los vínculos, de la “grupalidad” del inconsciente del sujeto, y para pensar al enfermo como “depositario de las angustias del grupo familiar”. Lo novedoso de la clínica pichoniana es que investiga el pasaje de lo intrapsíquico, a lo intersubjetivo, y a lo grupal, como muestra en su libro *El proceso grupal, del Psicoanálisis a la Psicología Social*.

Somos freudianos como Pichon lo fue, pero 80 años después también nos apoyamos en otros autores, entre ellos, Lacan, Bauleo, de Brasi, Scherzer, Winnicott, Kaës, Quiroga, Adamson, Ricardo Klein, Foladori, Jasiner, Montechi, Fischetti, Balello, y otros. Aprendimos que el sujeto es un ser social constituido por una red de vínculos, una trama que se organiza por las necesidades, deseos, y tareas que nuclea al grupo familiar.

Bauleo²⁰ nombró a su teoría y práctica grupal: “Psicoanálisis Operativo”. En el momento actual optaría por renombrarla “Clínica Grupal Operativa” vs “Psicoanálisis Grupal Operativo”. Esta reflexión acerca del nombre de nuestra clínica, teoría, y práctica es objetivo de nuestros debates en el grupo internacional de la Asamblea Internacional del Grupo Operativo²¹.

1. El sujeto dividido

La teoría psicoanalítica es imprescindible para pensar la relación entre acontecer social, grupalidad y procesos subjetivos. Nos ofrece una concepción del aparato

²⁰ Bauleo A, Montserrat A, Suarez F. *Psicoanálisis Operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Atuel; 2005.

²¹ Este debate lo estamos realizando en el “Grupo MIAU” (Madrid, Italia, Argentina, Uruguay) en el momento actual, con los compañeros del grupo internacional de Formación y Clínica. El grupo está formado por Balello L, Ceresi G, Fischetti R, Milano F, Gómez Esteban R, Klein R, Lorea M, Lorenzo L, y Scherzer A., que forma parte de la “Asamblea Internacional de Grupo Operativo”.

intrapsíquico, del síntoma, de la crisis, del conflicto, de la psicopatología, del diagnóstico, y del tratamiento de las problemáticas más o menos graves que llevan al sujeto a transitar el duro pasaje del sufrimiento a la locura.

Con la falta de reconocimiento de su época, Freud develó la importancia del inconsciente, de la sexualidad infantil, del complejo de Edipo, y asoció la sexualidad infantil con la estructuración inconsciente del sujeto. El estudio de los procesos psíquicos y de los síntomas permitió a Freud descubrir el objeto del psicoanálisis, “el inconsciente”, que hipotetizó determinaba la actividad consciente. “La conciencia no puede ser el carácter más universal de los procesos anímicos, sino sólo una función particular de ellos”, como subrayó en “Más allá del Principio del Placer”, 1919-1920.

Freud con su gran descubrimiento del “inconsciente” afirmará que la conciencia no puede dar cuenta de todos los procesos psíquicos, y demostró que lo inconsciente determinaba los pensamientos, afectos y acciones del sujeto. Mostró la existencia de una **“realidad psíquica” que intermediaba la relación del sujeto con el mundo**, un inconsciente construido en la triangulación edípica, en el grupo familiar.

Freud conceptualizó un “aparato psíquico” dividido en consciente” e “inconsciente”, separados por la barrera de la represión. En su primera teoría, estaría constituido por tres instancias: los sistema Inconsciente, Preconsciente y Consciente. Mientras que, en su segunda teoría, lo inconsciente formará parte de las tres instancias que denominará: “Yo”, “Ello”, y “Superyó”.

En la constitución de las tres instancias del aparato psíquico hemos subrayado la importancia de los mecanismos de identificación, tanto para Freud como para Lacan. El “Yo” será el depósito de las identificaciones, en parte, inconscientes, el “Ello”, la sede de lo pulsional, también en función de la cultura de la época, y el “Superyó”, resultado de las identificaciones con el Superyó e ideales de los padres. Dentro del Superyó incluirá la “autocensura”, el “Yo ideal” y el “Ideal del yo”.

Para Freud, el “Yo” no será similar a la conciencia, será el depositario de todas las identificaciones inconscientes que el sujeto ha realizado a lo largo de su vida. Entre ellas, las identificaciones familiares, escolares, y laborales; siendo las familiares, las más significativas. El “Yo” será el reservorio de las identificaciones con los padres, y las identificaciones provenientes de lo familiar y social. Unas identificaciones que son alienantes, pero dan al sujeto una unificación, aunque sea imaginaria, procurándole una identidad.

Lacan, siguiendo la escisión freudiana, plantea la división del sujeto. En su retorno a Freud ofrece una nueva mirada de la metapsicología freudiana, un concepto de “Sujeto” que

es un nuevo paradigma dentro del Psicoanálisis²². Describe la experiencia del hombre y el sujeto constituido en tres registros: real, simbólico e imaginario. Tres registros representados a través de un nudo borromeo que es la clave de la topología lacaniana y que, junto a la inhibición, el síntoma y la angustia son los conceptos de la última metapsicología lacaniana²³.

En su descubrimiento del estadio de “la fase del espejo” afirmará que el “Yo” es imaginario. La formación del “Yo” y el advenimiento del mundo de los objetos se dará en esa etapa²⁴. La base de la formación del “Yo” será la imagen en el espejo, es un yo imaginario que es otro, y que se construye en la identificación con la imagen, y a través de la mirada y palabra de la madre, como señalamos. La aprobación de la madre o de la función materna permitirá la unificación de la imagen del cuerpo hasta entonces fragmentada del niño. Lo imaginario posibilita la unificación e identificación con la imagen del otro, una identidad imaginaria, un Yo imaginario que es corporal, y que implica el narcisismo y la agresividad en la relación con el otro. Y, en la medida en que pueda libidinizar esa imagen podrá emerger el sujeto.

Los mecanismos de identificación tanto para Freud como para Lacan son relevantes en la formación del “Yo”, y en la construcción del “Superyó”. En el Superyó se internalizará lo social e institucional, la introyección de las normas morales, la “conciencia moral”, como la denominó Freud. El Superyó, efecto de la identificación con el Superyó de los padres será efecto de la presencia de lo social y familiar, y marcará el destino del sujeto. Estas circunstancias se observarán de manera más marcada en algunas patologías, por ejemplo, en la obsesiva y la melancólica. Por ello, en la clínica observaremos cómo el Superyó en estos pacientes ataca al Yo de manera cruel, circunstancias derivadas de la importante presencia de la pulsión de muerte.

El “Ello” será reservorio de lo pulsional, también determinado por la cultura de la época. Las pulsiones son un concepto central freudiano, en un primer momento las divide en pulsiones del yo, de autoconservación y sexuales, pero en “Mas allá del principio del placer” planteará su segunda teoría pulsional, y describirá la dualidad de las pulsiones de vida y de muerte. Las pulsiones de vida tenderán a la ligazón de los objetos, y las de muerte a la desunión. Entre la vida y la muerte, entre el amor y el odio, debe haber una intrincación

²² Debates en nuestro grupo de estudio de Psicoanálisis de los miércoles con Enrique Fuertes y Bárbara Jochamowitz, y con Josefina Segura.

²³ Sánchez Barranco A, Sánchez Barranco P, Sánchez Barranco I. “Reconstrucción histórica de la obra de Jacques Lacan”. Rev AEN. 2006; 26, 1

²⁴ Lacan J. “El estadio del espejo como formador de la función del yo”. En *Escritos*. Buenos Aires: Siglo XXI Ed; 2008.

pulsional, ya que si se produce la desintrincación de ambas emergerá la pulsión de muerte, el odio al otro, la agresividad y la destructividad.

Lacan replantea los conceptos freudianos, se pregunta: qué es el sujeto, la realidad, lo psíquico, y lo inconsciente. El sujeto para él será la máquina de significar el mundo, constituida como una banda de Moebius, un exterior que se hace interior y un interior que se hace exterior. Un sujeto que se constituye en los tres registros: imaginario, simbólico y real que ordenan la experiencia del ser hablante. El campo de lo imaginario, de las imágenes, y del narcisismo; el campo de las palabras y de lo simbólico; y el campo de “lo real”, constituido por aquello que no se puede decir, y que se manifiesta como angustia.

Nos interesa también para nuestra teoría grupal, la diferenciación que realiza de tres conceptos psicoanalíticos fundamentales: “necesidad”, “demanda” y “deseo”. Plantea que el bebé nace en una posición de absoluto desamparo, totalmente dependiente de la madre para su supervivencia. La necesidad, el hambre, será satisfecha por la leche materna, y en esa experiencia de satisfacción emergerá el don del amor de la madre y la demanda de amor del bebé hacia la madre con la progresiva discriminación del objeto materno. Si la madre ejerce su función materna, gracias al intercambio de dones, el bebé podrá ir construyendo su deseo, y adquirir una posición de sujeto deseante que le permitirá acceder a su propio deseo. Lacan dirá, “el deseo del sujeto es ser objeto del deseo del Otro”.

Mientras que para Freud la realidad no es discursiva, para Lacan la realidad se funda y define por el discurso, la realidad es discursiva, no hay realidad prediscursiva. La realidad es discursiva y construida en la combinatoria de los significantes. Lacan diverge de Freud en su concepto de inconsciente, y lo definirá de diferentes maneras a lo largo de su obra. Planteará que el sujeto está dividido por “lo inconsciente”, y su efecto será la producción de síntomas, descifrables y analizables, al estar el inconsciente estructurado como un lenguaje. El inconsciente sigue las leyes del lenguaje, la metáfora y la metonimia, renombrando así los mecanismos freudianos de la condensación y desplazamiento”.

Afirmará que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, con palabras, somos seres hablantes, el lenguaje será la condición del inconsciente. A través de la palabra accederemos a las formaciones del inconsciente: síntomas, sueños, lapsus y olvidos, y en la asociación libre surgirá lo más singular del sujeto, sus deseos, pulsiones y goces. Estas formaciones para Freud y Lacan serán la vía regia al inconsciente. Lo más íntimo del sujeto emergerá en “el dispositivo analítico” gracias a la “asociación libre” y a la “interpretación”.

Para Lacan lo inconsciente no es sólo lo no consciente, no es sólo lo reprimido, se construye con lo dicho, lo no dicho, negado, denegado, rechazado, y lo no realizado. Dirá que es un saber no sabido, el discurso del Otro. Lo inconsciente estará “entre” los vínculos

que constituyen al sujeto, por eso nuestra intervención se orientará por ese entramado de relaciones y vínculos. Es decir, “lo inconsciente” no está en la profundidad, se halla en los enunciados de los sujetos, en la superficie de lo que se habla, en lo que se dice sin querer decir, en lo que se dice de más, en lo que no se dice, en las paradojas, contradicciones, ambigüedades, en las repeticiones, es decir, lo que está en el discurso de los integrantes del grupo.

Nos interesa la concepción de lo inconsciente con las aportaciones de la mirada de Lacan, ya que *la concepción de inconsciente determinará lo que observamos en la clínica grupal. Es un inconsciente que está en el discurso, en las palabras, relatos, tropiezos, olvidos, lapsus, síntomas y sueños.* Los contenidos manifiestos de los sueños (restos diurnos) y latentes permitieron a Pichon describir la tarea con estas dos modalidades: tarea manifiesta y tarea latente.

En los grupos terapéuticos, el objetivo es realizar una lectura atenta que posibilite abrir el campo de significaciones del sujeto, del grupo, y de la institución. Lo inconsciente en el grupo emerge entre los discursos intersubjetivos, por eso insistimos en que nuestra función como analistas/terapeutas grupales es observar y leer atentamente el silencio, las repeticiones, ambigüedades, contradicciones, equívocos, y lo no dicho. La comprensión de la subjetividad y “grupalidad” requiere el conocimiento del concepto del “inconsciente” freudiano y las imprescindibles aportaciones de Lacan.

En síntesis, la Clínica Grupal Operativa piensa lo inconsciente subjetivo como una realidad psíquica subjetiva y discursiva, que intermedia la relación del sujeto con el mundo, y determina el modo de vinculación con los otros. Una realidad psíquica que se construye en la triangulación edípica, en el grupo familiar y, por tanto, sobredeterminada en la época actual, por la globalización, lo institucional, y lo social.

Los tres objetos de la Clínica Grupal Operativa: lo inconsciente subjetivo, lo vincular, y lo latente/inconsciente grupal se develarán en el proceso grupal terapéutico gracias a las intervenciones e interpretaciones del equipo terapéutico, y de algunas intervenciones de los integrantes. En la clínica grupal en los SSM, teniendo muy en cuenta los dos objetos primeros, privilegiamos lo “latente grupal” que se conforma en la interrelación entre los discursos intersubjetivos. Un latente grupal que se construye con lo no dicho, reprimido, no permitido, denegado, o rechazado, y que se devela como emergente de la interdiscursividad de los sujetos participantes en la experiencia grupal.

Dicho con otras palabras, la atenta escucha y lectura del equipo coordinador posibilitará la construcción de lo latente grupal, del “discurso grupal” en el que emerge la verdad del grupo. Observaremos como se van construyendo las tramas vinculares y el

“discurso grupal”, lo que nos permite exponer la siguiente **hipótesis: *el discurso grupal es un discurso-saber-verdad que muestra el saber y la verdad del grupo, y que se construye en la interrelación de los discursos generados “entre” los participantes del grupo.***

2. La familia y el “complejo de Edipo”. El Edipo como función articuladora entre sociedad, grupo y sujeto.

Freud, en sus textos sociales, y Lacan posibilitan pensar que la dimensión social es pre-existente al sujeto y condicionante de lo humano, que se transmite con el lenguaje, en el grupo familiar, y a través de las generaciones. Ambos señalan la relevancia de los “secretos familiares”, de aquello no hablado o no pensado en los traumas familiares y que se transmite a través de las generaciones. Unas reflexiones que antes de Freud, realizó Nietzsche²⁵: “la transmisión de lo vivido opera por acción del mecanismo de proyección de los traumatismos no procesados... hacia el hijo en esa unidad fusional”.

La importancia del “complejo de Edipo” en el aparato psíquico es descubierta por Freud, se trata de una estructura de deseos y vínculos entre los padres, y entre éstos y el hijo/a. Esta estructura triangular edípica posibilitará la construcción del sujeto, y le dará un lugar en la familia y, por tanto, en la historia de las generaciones. La posición del sujeto en el mundo dependerá de la significación que haya dado a los procesos de unión y separación en estas relaciones recíprocas edípicas.

La estructura familiar organizada por la triangularidad entre padre-madre e hijo/a ofrece al sujeto un lugar en el deseo de los padres y en el grupo familiar que será fundamental para su posición en el mundo y, por tanto, en lo social. Lo social, que determina las estructuras y relaciones sociales que, a su vez, se transmiten a través de la estructura familiar y que conformará la estructuración psíquica inconsciente y vincular del sujeto.

La Psicología Social Pichoniana profundizó en las diversas articulaciones entre lo social y lo psíquico. Scherzer, siguiendo a Pichon, en los abordajes familiares que realiza se orienta por el conjunto, la “grupalidad”, la “Zona común”, lo mutuo. Es decir, por la disposición de uno para estar con el otro, y por las estrategias para abordar las tareas familiares propuestas, clínica que denomina psicossocial²⁶. Compartimos con este autor que la realidad familiar está más allá de lo edípico, de lo deseante, es también política, económica, social, cultural y de género.

²⁵ MOROSINI, I., “Vincularidad simbiótica filial: el infans capturado por el deseo y el discurso materno”, Rev. Psicoanálisis e intersubjetividad, Familia, Pareja, Grupos e Instituciones, 2016, n° 1.

²⁶ Scherzer, A. “A nominar, a apellidar y a nombrar”. web Alejandro Scherzer. <http://zonacomun.com.uy/>

En resumen, para la Clínica Grupal Operativa, el “complejo de Edipo” facilita la articulación entre los campos de lo social, lo grupal y lo subjetivo. Pichon apenas nombra el Edipo, pero sí da mucha relevancia al grupo familiar, a los vínculos familiares, y al cumplimiento de las funciones y tareas de la familia en esta sociedad.

3. El “síntoma”, promesa de significado y signo del goce displacentero

La Clínica Grupal Operativa constata que la ansiedad, la angustia, la depresión y el insomnio son algunos de los síntomas más frecuentes que hacen sufrir a los pacientes y que, si surgen en pacientes graves y no son tratados precozmente pueden evolucionar hacia síntomas más graves como son las alucinaciones y los delirios. En diagnósticos no tan graves, pueden ser invalidantes, como en el caso de la paciente Isabel R, de Freud, cuyo síntoma tomó la forma de una parálisis y no podía caminar. En el tratamiento se develará que el síntoma surgió mientras realizaba una caminata con su cuñado, y ante la emergencia del deseo por su cuñado. El síntoma es un emergente de la intolerable idea de estar enamorada del marido de su hermana enferma. La enfermedad en este caso representa el castigo merecido por sus deseos hacia su familiar.

El descubrimiento freudiano posibilitó que ***los fenómenos inconscientes fueran pensados como objetos de conocimiento científico***. La causa de la formación de los síntomas psicopatológicos se debe a procesos inconscientes. Freud afirmará que el síntoma se produce por ideas inconciliables para la moral, y por ello, estas representaciones serán reprimidas en la neurosis, o rechazadas en la psicosis. Freud da relevancia al mecanismo de la represión, los síntomas son propios de la época victoriana, que se caracteriza por la prohibición y la intensa represión de la sexualidad.

Los síntomas son formas veladas de la realización del deseo, y muestran el conflicto interno. Expresan el fracaso de la represión, el resultado de la transacción entre deseo y la defensa del sujeto. El síntoma freudiano devela la verdad del sujeto. En la Clínica Grupal Operativa también nos orientamos por la misma ética, acompañar a los sujetos en la búsqueda y encuentro de su deseo, para que puedan hacerse cargo de éste y de sus consecuencias.

Desde la teoría psicoanalítica freudo-lacanianiana podemos decir que *los síntomas son expresión del deseo, de lo reprimido, negado, denegado, rechazado, y de lo nunca realizado*. Y al ser formaciones del inconsciente, son manifestaciones permanentes del “goce” del sujeto, y por ello insistirán en el discurso del paciente. Y si nos preguntamos: ¿por qué los síntomas insisten?, diremos con Freud que, por la tendencia del ser humano a la repetición, aún de lo displacentero, del dolor.

Los textos freudianos descubrieron el principio del placer en el funcionamiento del aparato psíquico, pero en “Mas allá del principio del placer” Freud también descubrirá que el síntoma conlleva una satisfacción displacentera que se repite. Para hablar de ese placer-displacer, Lacan inventará el concepto de “goce”, que será el goce en el displacer, el goce de lo mortífero. La compulsión a la repetición se asociará con la fortaleza del superyó que en algunas patologías como en la melancolía está intensificado. Y, si los sentimientos de culpa se intensifican debido a la rigidez o crueldad del superyó, la cura, a veces, no será posible.

En resumen, el síntoma es permanente, a diferencia de los lapsus que son puntuales y momentos de apertura del inconsciente. El síntoma es una formación fija del inconsciente que se ha de privilegiar en el análisis porque posibilita develar la función y “el sentido o el sin sentido” que tiene para el sujeto. En el síntoma se investigará sus “dos caras”, la del significante, que tiene una función y sentido para el sujeto, y la del goce, en relación con el modo de gozar del sujeto. El síntoma para Freud muestra la fijación de la pulsión, la fuente de satisfacción y displacer, y para Lacan, el goce del sujeto. Un goce que está en el origen de la dificultad del sujeto para abandonar el síntoma.

La clínica grupal es un gran instrumento para develar los síntomas y la psicopatología del sujeto, permite conocer lo inconsciente subjetivo, la estructuración intrapsíquica de cada participante, y su interrelación con otros objetos de conocimiento que emergen en los grupos.

En la Clínica Grupal Operativa respecto al síntoma precisamos la **hipótesis** siguiente: *el síntoma en los grupos terapéuticos puede tener varias significaciones, de las que señalamos tres: síntoma de la verticalidad (en relación con la historia del sujeto), síntoma de la horizontalidad (emergente del vínculo, de las relaciones entre los integrantes), y síntoma de la “grupalidad” (emergente de la multiplicidad de vínculos, incluidos los establecidos con y entre el equipo terapéutico).*

4.- El conflicto, el diagnóstico, y los mecanismos defensivos

Las “crisis” de los sujetos pueden ser momentos de sufrimiento y/o de aprendizaje en función de los instrumentos subjetivos y terapéuticos. La evolución hacia la resolución, la salud, o hacia la enfermedad y su cronificación, dependerá de las estrategias terapéuticas que se implementen, de ahí la responsabilidad de los SSM en la salud mental de los ciudadanos. Sabemos que las “crisis” subjetivas se generan por conflictos internos, por tensiones entre los deseos y las defensas subjetivas, y que emergen en las etapas de cambio, al ser momentos de mayor vulnerabilidad.

Nos referimos a los diferentes pasajes que tiene que realizar el ser humano a lo largo de la vida, el camino de la infancia a la adolescencia, con sus cambios biológicos significativos, el paso de la adolescencia a la edad adulta, los momentos y circunstancias especiales como la incorporación laboral, el matrimonio, la maternidad/paternidad, y el tránsito a la vejez, por citar sólo los más relevantes.

La crisis se producirá en aquellas circunstancias en las que el sujeto sienta incertidumbre y angustia frente a lo nuevo, como en el momento dolorosísimo actual y de gran incertidumbre social por la pandemia del Covid 19. Las crisis se dan en circunstancias de la vida en la que el sujeto que no posee de instrumentos para abordar el cambio. Esta situación pone en marcha la resistencia al cambio y la emergencia de mecanismos defensivos, estructurales en el sujeto, con el objetivo de evitar la angustia, que es el principal afecto del sujeto, un afecto que no engaña, dirá Lacan²⁷. Es decir, cada uno se defenderá con sus mecanismos singulares, entre ellos: la represión, la proyección, introyección, negación, denegación, forclusión, sublimación, desvalorización/idealización, conversión en lo contrario, identificación proyectiva, disociación o escisión.

Los tres principales mecanismos de defensa del sujeto: represión, denegación y forclusión son responsables de las diferentes estructuras clínicas y diagnósticos en la teoría psicoanalítica. Ésta, frente a la fragmentación y sobredimensión, propone una sencilla clasificación: Neurosis con su principal mecanismo, la represión, descubierta por Freud. Trastornos intermedios y Perversión con su mecanismo de denegación. Y Psicosis con el mecanismo propuesto por Lacan, el rechazo o “forclusión”. La represión es el mecanismo de la neurosis, se reprimen aquellos contenidos que no son aceptados por el sujeto. El núcleo del conflicto se da entre el “Yo” y el “Ello”.

La “denegación o desmentida” será el mecanismo principal en las perversiones, trastornos de personalidad y otras estructuras intermedias. En la psicosis, la forclusión, el rechazo, será el mecanismo defensivo, con su conflicto con el mundo exterior. En la psicosis esquizofrénica y en la paranoia, el conflicto será entre el “Yo” y el mundo exterior, a diferencia de la melancolía que será un conflicto interno, entre el “Superyó” y el “Yo” del sujeto.

En la psicosis, para Lacan, se da un rechazo del Significante del Nombre del Padre, como señalamos. Un significante que se incorpora por el deseo de la madre, un significante que será excluido en algunos casos de enfermedad psíquica o somática materna. La no incorporación de la función paterna no permite acceder al universo simbólico, ni a la construcción de una organización subjetiva. En estas circunstancias, el sujeto quedará

²⁷ Lacan J. Seminario nº 10, *la Angustia*. Buenos Aires: Paidós; 2016.

atrapado en el vínculo con la madre, y permanecerá en la fusión y simbiosis de la relación dual.

Para el campo grupal nos interesa “el diagnóstico situacional” que describiera Bleger, una evaluación que posibilita organizar hipótesis presuntivas acerca del paciente y de la grupalidad en la que está inmerso. Este diagnóstico tiene en cuenta los diferentes ámbitos de pertenencia del sujeto, y permite observarle en sus modos de vinculación. Bleger investiga la función del encuadre grupal, que utiliza muchos elementos del encuadre psicoanalítico, y que ofrece las condiciones de posibilidad para que se desarrolle el proceso terapéutico grupal, y es el depositario de la parte más indiscriminada de la personalidad.

En la Clínica Grupal Operativa, los conocimientos psicoanalíticos son imprescindibles para la comprensión de los procesos de comunicación e interacción entre los sujetos, los grupos, las comunidades e instituciones. El conocimiento de conceptos grupales específicos como el vínculo, el emergente, el grupo interno, la tarea, y la mutua representación interna son comprensibles gracias a los fundamentos psicoanalíticos de nuestra práctica.

En resumen, la mejor comprensión de la Clínica Grupal Operativa precisa una concepción psicoanalítica del sujeto, del Edipo, del síntoma, del conflicto, de la psicopatología, y del diagnóstico. Sabemos que el sujeto, sus síntomas y su psicopatología son emergentes de procesos vinculares que remiten a campos más amplios de significación. La comprensión de lo subjetivo requiere el conocimiento de lo intersubjetivo, lo familiar, lo grupal y lo institucional.

Nuestra hipótesis sería: ***a través de “la conversación libre grupal” emergen los síntomas, conflictos y mecanismos defensivos del sujeto. El equipo terapéutico en la observación y asociación de emergentes organizará las cadenas de emergentes, que incluirá sus intervenciones e interpretaciones, posibilitando la construcción del “discurso grupal” y su análisis.***

LOS VÍNCULOS

1. El vínculo terapéutico

La Clínica Grupal Operativa es una clínica bajo “transferencia”. Un concepto fundamental que descubre Freud en la situación analítica, un vínculo que afirmará es transferencial. La transferencia la define como el desplazamiento de afectos del pasado al aquí-ahora con el analista, unos afectos que habían sido dirigidos hacia las personas significativas de la infancia y que se desplazan en la experiencia analítica.

La transferencia, junto al inconsciente, la pulsión, y la repetición son cuatro conceptos fundamentales en la teoría lacaniana. Cuatro conceptos fundamentales para la clínica grupal y que observamos están íntimamente articulados entre sí: la transferencia, emergente de lo inconsciente y de la pulsión del sujeto, y la repetición del pasado, su presentificación en el aquí-ahora grupal.

La transferencia en la Clínica Grupal Operativa es de mayor complejidad por la multiplicidad de situaciones, sujetos, objetos, afectos, etc., es una multiplicidad de transferencias, de cada uno hacia el equipo terapéutico, hacia los otros, y al grupo como objeto pulsional, como lo investigara Pontalis²⁸. En las transferencias grupales incluimos las transferencias “recíprocas” y “subjetivas” del equipo terapéutico, y las co-transferencias que se dan entre el coordinador y observador. *En los diálogos grupales, los afectos del pasado de los integrantes se transferirán y desplegarán en el aquí-ahora grupal, siguiendo a Pichon-Rivière.* Y su elaboración posibilitará otros posicionamientos en el grupo terapéutico, familiar o multifamiliar.

En esta relación transferencial Freud invierte “la posición del saber”. El paciente es quien tiene el saber, aunque no lo sepa, al estar reprimido. Este es un punto de inflexión en la teoría psicoanalítica. **Con Freud y Lacan sabemos que el profesional “no sabe”, que el que sabe, aunque lo desconozca, es el sujeto.** En la clínica subjetiva, la función del clínico es acompañar, escuchar y leer el discurso del sujeto. Y en la clínica grupal, la escucha y lectura del discurso grupal, de los vinculares y los subjetivos. Sólo de esa manera se podrá develar ese saber desconocido que les produce sufrimiento.

Es decir, tomamos estos conceptos psicoanalíticos para el campo grupal, para posicionarnos en el grupo terapéutico. El analista/terapeuta grupal realiza una escucha y lectura más amplia, la lectura de la “grupalidad”, que incluye lo grupal, lo singular de cada sujeto, de los vínculos que se establecen, y de las alianzas entre ellos. Escucha y lee las formaciones del inconsciente, los síntomas, lapsus, olvidos y sueños, y también los inconscientes vinculares, y lo “latente grupal”.

En la Clínica Grupal Operativa es fundamental conocer los fenómenos transferenciales, las transferencias multidireccionales y recíprocas, para analizar los devenires del grupo y los subjetivos. La transferencia del profesional también es central, la denominamos “contratransferencia” para diferenciarla de la del paciente. Y dentro de ella diferenciamos dos aspectos: “la recíproca” y “la subjetiva”.

²⁸ Pontalis J. *Después de Freud*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana; 1974.

La primera, efecto de la transferencia del paciente y, la segunda, efecto de su propia historia personal y profesional. La “subjetiva” dependiente de su propio “grupo interno”, pero también de su historia profesional, que incluye la historia de la propia teoría, en este caso, de la historia de la Concepción Operativa de grupo, como señalara Bauleo²⁹. Respecto a la contratransferencia derivada de lo profesional, si se han generado disociaciones y carencias en la integración de los conceptos psicoanalíticos, éstas serán actuadas y proyectadas en el trabajo con los grupos y la institución.

La Clínica Grupal, como la del sujeto, siempre es transferencial, y emergerá en función del análisis, de la formación, de la estrategia terapéutica del profesional y de la organización grupal. Sabemos que los fenómenos transferenciales del profesional dependen de múltiples variables, entre ellas: el marco conceptual teórico-técnico, la ideología, las creencias acerca de los procesos de salud-enfermedad, la psicopatología de los pacientes, la mayor o menor heterogeneidad del grupo, y las dinámicas institucionales.

Las transferencias del terapeuta son más complejas en los grupos terapéuticos, al depender de las diferentes psicopatologías de los integrantes y de la propia organización grupal (mayor o menor heterogeneidad). Cuanto más compleja sea la transferencia de los pacientes, por ejemplo, en aquellos diagnosticados de TLP, la transferencia recíproca del profesional hacia el paciente o hacia el grupo también será más compleja.

El conocimiento de los fenómenos contratransferenciales es fundamental para trabajar con grupos terapéuticos. Para el análisis de las situaciones grupales difíciles, nuestra base epistemológica psicoanalítica nos permite relacionar las escenas difíciles del terapeuta grupal con las escenas consonantes y resonantes, es decir, con los grupos internos de los terapeutas.

En resumen, la posición del terapeuta en el vínculo transferencial es central, y en algunos casos decide el pronóstico. La eficacia de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos dependen de este vínculo, por ello es fundamental evitar que las transferencias del terapeuta sean un obstáculo para el tratamiento. Para los terapeutas grupales se recomiendan espacios de análisis individual o grupal. Deseamos potenciar la psicoterapia grupal para los terapeutas grupales en nuestro país. Los dispositivos de análisis y supervisión son fundamentales porque permiten investigar la puesta en acto de la contratransferencia, y su análisis posibilita evitar que sea un obstáculo en el tratamiento.

En la Clínica Grupal Operativa el líder será la tarea. En los inicios de los grupos, las transferencias más significativas se dan con el coordinador. En el desarrollo del proceso

²⁹ Bauleo A. *Psicoanálisis y grupalidad*. Buenos Aires: Paidós; 1997.

grupal, el coordinador facilitará la identificación horizontal entre los sujetos del grupo. Cuando está más avanzado el proceso promoverá las desidentificaciones entre ellos y con el coordinador, potenciando de ese modo, la identificación con la tarea y los proyectos.

La complejidad de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en el grupo terapéutico permite plantear la siguiente hipótesis: ***“Las transferencias grupales se caracterizan por su complejidad, debido a la multiplicidad y diversidad de sujetos, objetos, conflictos, y mecanismos defensivos. Las transferencias grupales incluyen las contratransferencias del terapeuta, tanto las recíprocas como las subjetivas, siendo su análisis central para la eficacia del tratamiento grupal”.***

2. El vínculo social en los textos sociales de Freud

Freud, creador del Psicoanálisis, en 1900, en su “Interpretación de los sueños”, realiza un giro radical en el pensamiento acerca de la condición humana. Pondrá en cuestión las creencias y conceptos de la “enfermedad mental” vigentes, en concreto el paradigma médico, biológico, organicista e individualista, que aún sigue teniendo mucha vigencia en el momento actual.

Freud además de médico y psiquiatra fue un psicólogo social. Estudió los grandes autores de la Psicología Social de la época. Planteó que “la psicología individual siempre es psicología social”, subrayando la importancia del grupo familiar en la estructuración del sujeto. Aunque el objetivo freudiano fuera la investigación de lo intrapsíquico, los temas sociales emergen en numerosos textos de Freud y nos ofrecen las bases para pensar una Psicología Grupal y Social analítica. Me referiré a cuatro textos fundamentales: “Psicología de las masas y análisis del yo”, 1920, que publica en el 21; “Más allá del Principio del Placer”, 1919-1920; el “Malestar en la cultura”, 1930; y “Totem y Tabú”, 1912/13. También en otros, a los que no haremos referencia, “El porvenir de la ilusión”, “Acerca de la guerra”, etc.

En la construcción del aparato psíquico, Freud subraya la internalización de lo social en las tres instancias del aparato psíquico, sobre todo, en el Superyó, que es efecto de las identificaciones con el Superyó de los padres y representa los ideales sociales. En estos textos investigó el “vínculo social”, un vínculo fundamental para la comprensión de los grupos humanos, y de las instituciones, y expresó su gran preocupación por el futuro de la humanidad. Estos escritos nos muestran las interesantes aportaciones a la lectura de lo social en Freud, y a la inclusión de lo social en el aparato psíquico del sujeto, es decir, mostró la relevancia de los factores sociales en la constitución del sujeto y su relevancia en los procesos de salud-enfermedad, como lo reflejó también en sus series complementarias.

2.1. “Psicología de las masas y análisis del yo”

Freud en este texto de 1920 investiga el vínculo social y los mecanismos de identificación. Lo escribe nada más terminar la primera guerra mundial, en un momento de emergencia de la potencia más destructiva del progreso científico y técnico, y de caída de los ideales de la sociedad. El título del trabajo marca la estrecha relación entre la Psicología Social y la “individual”.

Volvemos a subrayar porque es un punto de inflexión en la teoría, parafraseándole: “la psicología individual es desde un principio psicología social”, y “en la vida anímica individual siempre aparece integrado el otro, como modelo, objeto, auxiliar o adversario”. Este texto central de la teoría psicoanalítica aporta dos ideas nucleares para la Clínica Grupal Operativa:

- **la identidad entre psicología individual y social**, y
- **la incorporación del otro en el yo del sujeto**, como objeto, auxiliar, modelo o adversario.

Freud plantea numerosos interrogantes en este texto, algunos de ellos los planteamos a continuación.

2.1.1. ¿Qué permite hacer vínculo social? ¿Qué une a los individuos en la masa?

Freud propone la siguiente hipótesis: “*en la esencia del alma colectiva hay relaciones amorosas o lazos afectivos*”. Y afirma que, “el amor es el principal factor de la civilización”. Relaciona el vínculo social con las pulsiones, dirá que el Eros, las pulsiones de vida, generan la cohesión de la colectividad. La unión es por la libido, que designa la energía de las pulsiones sexuales que se dirigen hacia la vida, y que incluyen todo lo relativo al amor. Este hecho es fundamental porque mientras haya cohesión, habrá tolerancia hacia el otro.

El otro polo de su dualismo pulsional son las pulsiones de muerte, que tienen gran importancia en el sujeto, como lo demuestran numerosos hechos de la experiencia analítica, y los hechos sociales tan habituales de muerte y de segregación del otro.

2.1.2. ¿Cómo son las relaciones afectivas entre dos personas?

Freud responde diciendo que son “**ambivalentes**”, como lo son las relaciones familiares. Y añade que la ambivalencia está en función de la diferencia y genera hostilidad.

La ambivalencia la explica por la pulsión tanática, la disposición del hombre hacia el odio y la agresividad; aunque excluya de estos afectos a la mayoría de las relaciones madre-

hijo. Considera que en la base de la ambivalencia está el amor a sí mismo, el narcisismo de cada uno. Y afirma dos cuestiones de interés para los grupos: la primera, “los narcisismos subjetivos se reafirman en lo colectivo”, y la segunda, “los conflictos de intereses son problemáticos en las relaciones cercanas”.

2.1.3. ¿Cómo son las relaciones afectivas en el grupo?

En “Psicología de las masas y análisis del yo” se pregunta por la relación entre los individuos y el caudillo, y responde que se da a través de “mecanismos de identificación”. Unos mecanismos que son centrales para pensar los fenómenos grupales. Es una identificación general y recíproca entre los individuos, una identificación entre los “yoes”, al reemplazar “el ideal del yo” por un mismo objeto exterior, pudiendo ser éste también una idea compartida. De esta manera muestra dos identificaciones que se dan en los grupos: la identificación vertical con el líder o la idea, a la que prioriza, y la horizontal entre los individuos.

2.2. “Más allá del Principio del Placer”

Escribe este texto en los años de “Psicología de las masas y análisis del yo”, 1919-1920 y, como señalamos, afirma: “la conciencia no puede ser el carácter más universal de los procesos anímicos, sino sólo una función particular de ellos”. Este texto es central, **introduce un giro fundamental en su teoría: la “pulsión de muerte”**. Este concepto será constantemente reafirmado por Freud hasta el final de su vida, aunque lo escribiera en el tiempo de la posguerra europea, una época durísima para la humanidad, en el marco de una gravísima crisis económica.

La relevancia del concepto de pulsión de muerte es fundamental para Freud para comprender una gran variedad de manifestaciones en la clínica: la ambivalencia, el sentimiento inconsciente de culpa, el fenómeno psicossomático, la reacción terapéutica negativa, la agresividad y la autodestrucción. Estos fenómenos que se presentan en la clínica se manifiestan en función de la unión o desunión de las pulsiones, es decir, de que prevalezca o no la pulsión de muerte.

Afirma que la pulsión de muerte es destructora del psiquismo, una fuerza que produce el efecto de desligadura de las representaciones existentes. Y muestra que en el origen de las dificultades o abandonos de los tratamientos psicoanalíticos, de las resistencias, de las repeticiones en la transferencia, y de la compulsión a la repetición está la pulsión de muerte.

El concepto de la pulsión de muerte en los grupos precisa repensarse y ser debatido. Personalmente lo considero fundamental para el trabajo en la clínica grupal e institucional, aunque sea controvertido entre mis compañeros grupalistas. Es un concepto de gran interés, no sólo para el análisis de lo subjetivo, sino para comprender numerosos fenómenos que acontecen en los grupos, entre ellos, las alianzas, relaciones de competencia, rivalidad, envidia, agresividad, deseos de dominio, y conflictos de poder. Es decir, los fenómenos frecuentes de violencia y destrucción que se generan en los grupos, familias, instituciones, y en lo social.

2.3. “Malestar en la cultura”

Freud escribe esta obra una década después, en 1930, subrayando al inicio que la vida y la civilización nace y se desarrolla a partir de la eterna lucha entre dos fuerzas interpersonales: el amor y el odio. Finalizando con una profunda reflexión: **“el destino de la especie humana dependerá de hasta qué punto la cultura pueda hacer frente a la agresividad humana, a la autodestrucción ...**, ya que sería fácil exterminarse mutuamente hasta el último hombre”.

En este texto se reafirma en la diferenciación de la libido en Eros y Tánatos. Constatará la intensa rivalidad del sujeto con el otro, su deseo de exclusión y segregación. A esta pulsión de destrucción del ser humano la nombrará “pulsión de muerte”. Afirmará que la agresividad humana es efecto de la pulsión de muerte, y al ser innata en el hombre genera efectos de desintegración en la sociedad. Por esta predisposición de la naturaleza humana a la muerte y a la destrucción, Freud señala la relevancia de las necesarias restricciones para nuestra civilización.

Muestra el antagonismo entre las exigencias pulsionales y la cultura, ésta restringe la satisfacción de las pulsiones sexuales y agresivas, y transforma parte de éstas en sentimientos de culpa. Afirmará la necesidad de investigar el papel del Superyó porque cuanto más se desarrolle la cultura, más crecerá la culpa y el malestar.

En esta obra, Freud describe las tres fuentes del sufrimiento humano, las más importantes derivadas de las relaciones intersubjetivas y grupales, derivadas de las dificultades en las relaciones con los otros. Las otras dos serán: el poder de la naturaleza y la caducidad de nuestro cuerpo.

Preocupado por la mutua agresividad entre los seres humanos que hará peligrar a la sociedad, propuso un antídoto: “generar lazos libidinosos entre sus miembros”. Es decir, dará mucha importancia a los lazos afectivos, al Amor, para que no prevalezca la pulsión de muerte. Y da gran relevancia a aquellas identificaciones que permitan compartir un ideal

común. Por otro lado, reafirma su deseo de que Eros despliegue sus fuerzas para vencer en la lucha a su no menos inmortal adversario. Es una lectura que conmociona, y que termina con estas inquietantes palabras: ¿“quién podrá augurar el final desenlace”?

Esta pulsión en los seres hablantes también es investigada por Lacan, es la satisfacción inconsciente de hacer daño al otro. Su concepto de “goce” se relaciona con el odio, esa pasión indestructible en el inconsciente. La oscura pasión del odio, que también será desarrollada por Assoun, 1995, en la misma línea de Lacan.

2.4. “Totem y Tabú”

Freud estudió el origen de la sociedad, en 1912/13, a través del “mito de la horda primitiva”. En este texto, los hijos se unen para matar violentamente al padre primitivo porque es el único que goza de todas las mujeres; desean sustituirle y disfrutar de sus privilegios. El parricidio se da por el amor a las madres y hermanas. Esta situación desencadenará la lucha a muerte entre todos los hermanos para ocupar el lugar del padre. Finalmente, se instaurará la Ley entre todos para evitar las luchas fratricidas.

En el origen del mito esta el horror al incesto que llevará a la instauración de la Ley y de los **dos tabúes: no matar al padre, y el tabú del incesto**. En ambos puede observarse los dos deseos reprimidos en el complejo de Edipo.

A MODO DE CONCLUSIONES

La Clínica Grupal Operativa se propone como un nuevo paradigma de los procesos de salud/enfermedad, y terapéuticos. Un paradigma que ubica a lo psico-grupal-social en la génesis de los padecimientos subjetivos, y en el centro de los tratamientos, proponiendo dispositivos grupales terapéuticos.

La Clínica Grupal Operativa es una práctica clínica y una teoría y que piensa al sujeto, sus síntomas y su psicopatología como emergentes de procesos vinculares que remiten a campos más amplios de significación. Un modelo que requiere el conocimiento de los diferentes ámbitos: intrasubjetivo, intersubjetivo, familiar, grupal y lo institucional-social. Es una praxis que ha de posibilitar el “pasaje de ida y vuelta” entre algunas disciplinas: desde el Psicoanálisis a la Psicología Grupal, a la Psicología Institucional, y a la Psicología Social Operativa, en movimientos de doble vía.

Se ha constatado que “el dispositivo grupal operativo” como un gran instrumento, relevante para develar los síntomas, la psicopatología del sujeto, y los modos de vinculación

disfuncionales con los otros. La investigación de los Programas de formación en Clínica Grupal Operativa posibilitará repensar los conceptos psicoanalíticos imprescindibles para trabajar en grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares.

En los grupos terapéuticos se observa la emergencia de tres realidades psíquicas: la subjetividad (efecto de lo intersubjetivo del pasado), la vincularidad (lo intersubjetivo actual), y la grupalidad (la multiplicidad de las redes vinculares). Estas tres entidades psíquicas estarían, a su vez, atravesadas por otras dos dimensiones: lo institucional y lo social-global.

Los grupos terapéuticos posibilitan importantes cambios subjetivos porque *la grupalidad genera procesos de significación y resignificación, es decir, efectos en la subjetivación. Por tanto, afirmamos que de la grupalidad emerge la subjetividad.* La subjetividad es un elemento que constituye la grupalidad, siendo ésta más o menos disfuncional, en función de las subjetividades participantes del proceso.

Terminamos proponiendo una **hipótesis final: *en el proceso grupal se constituyen diversas “grupalidades” que varían a lo largo del proceso terapéutico; desde las más confusas e indiscriminadas, en los inicios del grupo, y en los momentos de pretarea, hasta la organización de grupalidades más discriminadas, una vez abordada la tarea, que posibilitan la creación de proyectos.***