



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,  
Psicosociales e Institucionales

## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Extra Nº5 – Verano 2023

Material presentado en la III Asamblea Internacional de Investigación en torno a la  
Concepción Operativa de Grupo, Salvador de Bahía, 8-10 de septiembre de 2022

### La Clínica Psicosocial, el Grupo Familiar y las Instituciones de la Salud<sup>1</sup>

<b>Grupo de trabajo<sup>2</sup></b>	Rosa Gómez Esteban
Alex Scherzer	Fiorenza Milano
Lola Lorenzo	Raffaele Fischetti
Margarita Lorea	Giuseppe Ceresi
Ricardo Klein	Lucia Balello

*Presenta* Alex Scherzer

#### RESUMEN

En la Clínica Psicosocial que ejercemos la familia y las instituciones por las cuales transitan los denominados pacientes son temas imprescindibles de considerar en su intervención. El abordaje se realiza con una concepción estratégica de estos modos de intervención.

Estas estrategias psicoterapéuticas incluyen los abordajes individuales, de pareja, de grupo, los equipos terapéuticos, el análisis institucional, etc.

**Palabras claves:** Clínica Psicosocial, Grupo familiar, Emergente, Estrategias Terapéuticas.

<sup>1</sup>Trabajo presentado en Nodo Clínica.

## INTRODUCCIÓN

Unas palabras de Pichon-Rivière:

*“... 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”.*

En estas dos frases, de 1960, Pichon expuso profundas innovaciones en el campo de la Salud Mental, de la Psiquiatría, Psicología, del Psicoanálisis.

El ECRO contiene, al menos, tres descentramientos, cada vez más vigentes:

- 1º:** De una visión individual antropocéntrica a la unidad colectiva: **el grupo.**
- 2º:** De la situación triangular (edípica) de un sujeto (su kleinismo de entonces) a los roles - funciones diferenciados de madre, padre, hijo, y otros, **en el funcionamiento del grupo familiar.**
- 3º:** De la llamada antes “enfermedad mental” de un sujeto **a la dinámica del grupo familiar.**

El Grupo Familiar no tiene por qué coincidir, necesariamente, con la Familia nuclear.

El trabajo en la Clínica Psicosocial pretende contextualizar histórica y políticamente la comprensión de la vida familiar, de sus condiciones concretas de su existencia. Su relación con las generaciones (raíces geográficas e históricas a raíz de guerras, hambrunas, exilios, migraciones), las distintas coyunturas sociopolíticas, las instituciones ligadas a ellos como constructoras de subjetividad y de la atención en Salud Mental. No es interaccionismo. **Es micropolítica de la vida cotidiana.**

No usamos más la terminología patología mental, ni hablamos de enfermedad mental. Estamos discutiendo si hablar de curación o no utilizar este vocablo para designar la “mejoría”.

### Aperturas

En estas notas continuamos y ampliamos algunos aspectos del trabajo de E. Pichon-Rivière sobre el grupo familiar.

Pichon-Rivière no quería estudiantes fieles, sino continuadores de su pensamiento que abrieran nuevos caminos en el campo de la formación, la clínica y el ámbito institucional.

En los últimos 40 años hemos profundizado sobre todo las nociones de tarea, emergente, vínculo y las estrategias terapéuticas, llevándolas de nociones empíricas e instrumentales a conceptos.

No es común hablar de Emergente, de Tarea o incluso de Vínculo porque se trata de hablar de latente o inconsciente. Por eso es fácil entrar en una banalización de estas nuestras importantes nociones.

Así, por ejemplo, cuando hablamos de un “Vínculo a cuatro vías” hablamos de un doble movimiento de ida y vuelta entre los sujetos pero, ese movimiento no es lineal porque tiene que ver con la fantasía de mí sobre el otro y la fantasía del otro sobre mí.

Scherzer describe a este mecanismo como Mutación. (ver Zona Común, publicado en “Área 3”) y habla de perspectivas, metaperspectivas y meta-metaperspectivas (tomado de R. Laing).

Bleger introduce dos niveles de sociabilidad: uno es **la sociabilidad**, más conocida, **por interacción** y el otro es **la sociabilidad sincrética o por participación**. El grupo tiende a burocratizarse como organización y a volverse antiterapéutico no sólo por una reiteración de modelos en los niveles de interacción, sino fundamentalmente por la necesidad de mantener el **clivaje** o separación entre ambos niveles.

No examinar los niveles de sociabilidad sincrética familiar, significa asumir la segregación sancionada por la sociedad, asumir los criterios normativos, los mecanismos a través de los cuales determinados sujetos están enfermos o segregados y, sobre todo, asumir el criterio de adaptación pasiva a la salud y la “enfermedad” y su segregación como “tratamiento”.

**Las fantasías emergen en el vínculo y en la tarea, más precisamente en los vínculos para realizar las tareas familiares, prescriptas por la sociedad.**

El emergente se presenta como una cualidad nueva y esta diferencia es, precisamente, la que nos permite ver la escena. Aparece una transformación que está conectada a la situación, el nuevo contexto grupal.

En la escena entra en juego una fantasía o fantasma en la cual todos están comprometidos y en la cual todos participan. Las fantasías emergen en el vínculo, no en la mente de un individuo aislado (solipsismo). La noción de campo ha permitido ver de un modo nuevo cómo se fabrica una fantasía. **El recorrido interpretativo consiste en decir al grupo, escena por escena, lo que está sucediendo.** La interpretación se utiliza para ayudar a transformar elementos de la “participación” (socialización sincrética) en vínculo.

En las escenas vemos las idas y vueltas del grupo con la tarea. Lo imaginario que el grupo va instituyendo está allí en esas idas y vueltas del grupo con la tarea.

## ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La situación de sufrimiento de una familia no nos sirve para elaborar un diagnóstico psicopatológico de la familia, sino para hacer de los síntomas que surgen un recurso y crear una nueva escena con la presencia del terapeuta o del equipo del servicio público o privado. Se transforma la escena inicial basada en los síntomas a problemas del emergente y su familia.

Realizamos un **diagnóstico situacional** del vínculo entre la familia y los terapeutas para poder pensar la psicoterapia familiar como una **estrategia de intervención**, y no una técnica de intervención, como nos recuerda la teoría de los Ámbitos elaborada, en años 60, por J. Bleger.

Muchas veces, en los demás diagnósticos se olvida el contexto, en cambio en el diagnóstico situacional se pone en primer plano. Cuando llega un paciente, se debe preguntar por qué vino en este momento. Esta pregunta revela los contextos.

El encuadre situacional introduce un orden metodológico y estratégico de suma importancia porque enfatiza el estudio de lo que está sucediendo aquí ahora (hic et nunc) en el momento y lugar presentes. No hay situación sin historia, pero de la organización de este aquí y ahora dependen las experiencias pasadas que integran el campo presente.

Necesitamos pensar en quiénes pueden ser los depositarios confiables del contexto. ¿Son personas que están en una relación muy estrecha o son personas que se extienden a la otra persona (indiscriminación)?

**El punto de urgencia del paciente**, el que más le toca en ese momento, nos indica estratégicamente la dirección y el espacio de entrada donde encontrar menores resistencias.

La importancia de **la dimensión estratégica** incluye los abordajes individuales, de pareja, de grupo, los equipos terapéuticos, etc. (ver “Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional. Terapias Combinadas, Terapias Asociadas”, A. Scherzer).

El trabajo clínico lo hicimos y hacemos en el ámbito público, en el institucional privado y en la consulta de consultorio particular.

Usamos dispositivos estratégicos para cada situación clínica.

## CLÍNICA

En nuestro grupo hemos intercambiado sobre casos clínicos graves y complejos:

### Situación Clínica 1

Este primer caso clínico, ya publicado en la Revista “Área 3”, trata de un grupo familiar con tres niños adoptados de África, donde hubo guerra, con historias previas muy dolorosas: asistir a la muerte violenta de uno de sus progenitores, y otras también siniestras...

Dos puntos importantes emergen en la contratransferencia

1. El primero emerge como “miedo a tocar...”
2. El segundo se presenta como “agujero”

El debate entre nosotros se centró en el tipo de lógica utilizada por los autores del artículo, es decir, en torno al paso de la lógica de lo negativo (Hegel), a la “afirmativa” de R. Esposito. Tomado como algo que no hablaba de algo que no estaba sino de algo que estaba, el “agujero” se convirtió en el emergente central del “África” de todos y cada uno.

## **Situación Clínica 2**

Se trata de una primera entrevista familiar en la que los autores del trabajo intentan “mostrar” un modo psicótico de funcionamiento de la familia. (sociabilidad grupal por participación de J. Bleger).

En la entrevista los familiares no se hablan, no se preguntan, parece que no se escuchan, pero “van en paralelo”.

El padre aparece ausente, es decir, puesto afuera por la familia, se pone afuera; no dice nada y nadie le pregunta nada.

En la entrevista se muestra claramente el “depósito entrecruzado” de Pichon-Rivière, asignado y asumido.

G. (la madre) afirma haber pensado siempre que la hija era independiente y serena ya que se había mostrado siempre como una niña autónoma y despreocupada hasta los dieciséis años, cuando tuvo su primer ataque de pánico.

S. (la hija) responde que se ha sentido siempre sola y abandonada; “el pánico”, dice, “creo haberlo tenido siempre... en la guardería estaba aterrorizada ante la idea de que ninguno viniese a buscarme y ser dejada allí... me sentía siempre culpable. Piensa que cuando ella (la madre) lloraba, me sentía angustiada y rápidamente hacía un examen: ¿había hecho los deberes? ¿Había hecho bien las cosas que tenía que hacer? Me preguntaba qué cosa había hecho mal... y también... ¿tenía todo en orden? Pensaba que lloraba por mi culpa; tenía 5-6 años...”

G. replica diciendo que siempre la ha visto como una niña libre y muy inteligente... mientras R. (el hijo), había *llorado* ininterrumpidamente día y noche desde el momento del nacimiento y había parado de “golpe” cuando había nacido S. “Piensa que, de la nursery me lo trajeron para ver si conmigo conseguía calmarse, pero no se calmaba.”

En la discusión, los autores explicitan la latencia que emerge en la escena familiar de la primera entrevista donde la madre nos muestra que está hablando con una hija ideal que no parece tener correspondencia con la hija real necesitada.

El padre silencioso, pero presente, mantiene activamente la situación de indiferenciación; el hermano ausente deja fuera para todos el llanto ininterrumpido y la necesidad de dependencia, cuidado y atención constante.

La indiscriminación se mantiene y se utiliza como defensa contra el terror de “quedarse solo y abandonado”. Entrando en el escenario emergente, es posible trabajar sobre los “bultos” que irrumpen en la sesión en busca de una interpretación que permita a la familia y a todos salir de la repetición o estereotipo.

### **Situación Clínica 3**

Una adolescente desde el balcón de su casa (no dejaba acercarse a ella a ninguno de los presentes) amenazaba con tirarse al pavimento si los médicos tratantes la internaban nuevamente en una institución psiquiátrica. Los médicos, la familia y la Ambulancia de la Asistencia domiciliaria estaban allí, en su casa. Y ella puso una condición previa: “que hablaran con Scherzer” y que él pudiera hacer algo distinto.

Era una paciente que acudía a un Centro diurno de tratamiento donde él dirigía técnicamente a la Institución y coordinaba su grupo terapéutico. Finalmente, a través de conversaciones telefónicas hechas en ese mismo momento (por Scherzer), se logró que los médicos psiquiatras se desligaran del caso, se retirara la Ambulancia y se desligaran todos de la situación.

La paciente ingresó a la institución a la que concurría. Se quedó cuatro días pernoctando en ella, sin medicación antipsicótica, sólo con hipnóticos y ansiolíticos menores para poder dormir y se integró a las actividades institucionales.

Se hicieron cuatro sesiones familiares con la paciente incluida. Luego de esta estrategia clínica ella mejoró notoriamente, retornando a dormir a su hogar y manteniendo su asistencia a la institución psico-pedagógica.

En la discusión surge una correspondencia entre segregación (hospitalización) y suicidio-homicidio. La amenaza de la niña de tirarse por la ventana parece hablar del momento de transición del hospital psiquiátrico (segregación de síntomas) a un momento de elaboración dentro de estructuras de tipo comunitario.

### **Situación Clínica 4**

Otra situación clínica: la de una adolescente de 15 años con su bebita de siete meses con trastornos del sueño.

En la discusión hemos analizado la disociación del sistema público de atención de salud que, si en un nivel manifiesto tiene la tarea de curar, pone en marcha un modelo de organización que, a través de procedimientos fijos, va en sentido contrario. La indicación terapéutica era la de una terapia familiar que no se pudo realizar porque el esposo tenía 18 años y no podía atenderse en el Servicio de Psiquiatría Infantil, porque por disposición reglamentaria la atención es hasta los 18 años de edad. Un claro ejemplo de cómo el Estado puede disociar a la familia a través de la burocratización de la situación.

## **CUESTIÓN FINAL**

**Acerca de nuevos aportes a la Concepción pichoniana.**

Nos queda pendiente **explicitar y profundizar** un intercambio sobre los **nuevos aportes a la Concepción Operativa** en el campo de la Salud Mental, ya escritos (incluso publicados en dis-

tintos libros y sitios web) por los compañeros del grupo y por otros colegas de la Concepción Operativa de la Psicología Social.

---

## **<sup>2</sup> Grupo de trabajo**

- *Alex Scherzer*: Graduado em Psicologia. Psiquiatra. Psicólogo social. Psicoterapeuta de grupo e de família. Professor e Supervisor, em diferentes instituições e no setor privado.
- *Lola Lorenzo*: Psicóloga Clínica, em SSP. Psicoterapeuta de grupo. Membro fundador, professor e supervisor da Associação de Psicoterapia Psicanalítica Operacional (APOP).
- *Margarita Lorea*: Psicóloga. Psicoterapeuta. Membro fundador, professor e supervisor da Associação de Psicoterapia Operacional Psicanalítica.
- *Ricardo Klein*: Psicólogo. Psicólogo social. Diretor da Escola de Especialização em Gestalt. Buenos Aires. Professor Adjunto de Teoria e Técnica de Grupo. UBA.
- *Rosa Gomez*. Psiquiatra. Psicanalista. Professor e supervisor de programas de treinamento em Psicoterapia de Grupo e Clínica de Grupo. Membro da Associação para o estudo de questões psicossociais e de grupos institucionais. Área3.
- *Fiorenza Milano*. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta de grupo, família e casal. Membro docente e supervisor do GRIPO.
- *Raffaele Fischetti*: Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta de grupo, família e casal. Supervisor institucional. Presidente do GRIPO
- *Giuseppe Ceresi*. Psicólogo clínico. Psicanalista da SPI e IPA. Psicoterapeuta infantil e de grupo. Treinador e consultor no campo da aprendizagem organizacional.
- *Lucia Balello*: Psicóloga clínica. Psicoterapeuta de grupo, família e casal. Fundador, professor e supervisor do GRIPO. Responsável pelo Mestrado em Psicanálise da cópia e da família.