Clínica pichoniana actual: premisas, conceptos y perspectivas[1]

Fernando Fabris[2]

Presentación

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

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

Pero, quizás, Enrique Pichon-Rivière estuvo marcado entre nosotros por el signo de la transgresión, por haber confrontado con el pensamiento psicoanalítico acerca del lugar determinante del orden social y particularmente de las "relaciones reales", del hacer y del significar de los otros, del universo socio-histórico en la configuración del psiquismo, al que entiende como abierto al mundo, en el mundo, constituyéndose en, por y a través de su relación con otros.

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

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

Me he referido a un movimiento, que surge y creo destinado a crecer, particularmente convocado por lo que hoy se despliega en la vida social, por la emergencia, por las necesidades apremiantes de respuesta, por el grado crítico de padecimiento que transitamos millones de seres humanos. Movimiento que se configura

---

1 Artículo realizado en base a las ideas expuestas por el autor en el Panel de Clínica Pichoniana de las 4º Jornadas de Homenaje a Enrique Pichon-Rivière y 2º Jornadas Latinoamericanas de Psicología Social organizadas por la Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por Enrique Pichon-Rivière (Octubre de 2000). Publicado inicialmente en la Revista Temas de Psicología Social Nº 20. De octubre de 2001 y posteriormente en Fabris, F.A.; Galiñanes, M.D. (2004). *Psicología Clínica Pichoniana. Una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad*. Ed. Cinco. Buenos Aires. (pp. 21-40).

2 Psicólogo, Psicólogo Social y Coordinador de Grupos de Creatividad. Director de www.espiraldialectica.com.ar

porque sus integrantes encuentran en la obra de Enrique Pichon-Rivière, en su pensamiento, un camino de respuesta, y esto se da hoy en Buenos Aires, en Montevideo, en Rosario, Mendoza, Tucumán, Neuquén. Creemos que difundirlo en Temas de Psicología Social es una manera de aportar a su crecimiento.

Ana Pampliega de Quiroga.

Este artículo tiene por intención retomar un debate acerca de la clínica pichoniana, sus fundamentos, sus conceptos teóricos centrales y su perspectiva actual de desarrollo. Con posterioridad a la muerte de Pichon-Rivière en 1977 y a pesar de las condiciones adversas que generaron la dictadura militar en la Argentina y el retroceso ideológico mundial que caracterizó a las décadas del 80 y del 90, la psicología social pudo continuar un vigoroso desarrollo en la mayoría de sus áreas debido fundamentalmente al aporte sistemático y el papel de guía de su más significativa discípula y continuadora, Ana P. de Quiroga. Sin embargo, desde esa fecha y tal vez desde algunos años antes, el campo de la clínica pichoniana sufrió cierta lentificación en cuanto a sus prácticas y casi una detención en lo que hace a su despliegue teórico.

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

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

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

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

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

definitorias del conjunto del aporte pichoniano, esto es los fundamentos del Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO):

Desde el punto de vista pichoniano:

- La estructura y proceso social, y sus dimensiones comunitarias, institucionales, organizacionales, grupales y vinculares, debe ser entendido como un factor interno, determinante de la configuración del mundo interno de los sujetos y desde allí de su conducta. El orden social da origen, determina la subjetividad y opera, vía internalización, desde el propio sujeto. Como señala Pichon-Rivière, apoyándose en Marx, no hay nada en el hombre que no sea producto de la interacción de individuo, grupos y clases. La complejidad y espesura propia del orden social se conjuga en cada sujeto en forma específica y particular, esto quiere decir, de manera única e irrepetible ya que el proceso de internalización no es lineal o especular. Nos referimos en este primer punto entonces, a las fundamentales nociones de sujeto situado, emergente y a la vez protagonista del vínculo y la historia.
- El psiquismo o mundo interno es un sistema abierto, cuya tendencia inmanente y primaria es a la creatividad, la adaptación activa, el aprendizaje, esto es a la transformación interna y con el contexto. Esta tendencia general aparece sólo afectada seriamente en los casos más graves de enfermedad mental
- El sentido de la teoría debe ser la práctica, el logro de mayor salud mental en una comunidad concreta. A la vez, la práctica es ciega si no se apoya en una teoría pertinente. Por eso Pichon-Rivière decía citando a Kurt Lewin que "no hay nada más práctico que una buena teoría". La ciencia parte de nociones generales, tanto filosóficas como teóricas, en las cuales se apoya para, a partir de una práctica específica, investigar y transformar un campo específico. En ese encuentro de teoría y práctica se produce un conocimiento que articulará lo general de la teoría y lo particular de la práctica para descubrir lo específico del proceso investigado (la contradicción particular). El proceso siguiente es estudiar el movimiento de lo específico desde el punto de vista del desarrollo concreto de cada proceso y en el marco de las condiciones externas de este desarrollo. La interrelación teoría/práctica es un rasgo de identidad de la teoría pichoniana e implica el trabajo de una actitud que no lleve a perderse en el ping-pong de la pretarea. Una concepción dialéctica de la relación teoría/práctica es uno de los requisitos de una actitud científica que eluda dos formas habituales de esterilidad: la generalización excesiva propia del dogma y el empirismo estrecho, es decir el del saber particular no articulado teóricamente.
- La Psicología Social y por inclusión la psicología social clínica debe aportar a la salud popular y nutrirse de las actividades sociales, particularmente las luchas populares, que al decir de Ana P. de Quiroga, gestan desde sus prácticas sociales y políticas, procesos de recuperación, defensa y promoción de la salud tanto como de prevención de la enfermedad.

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

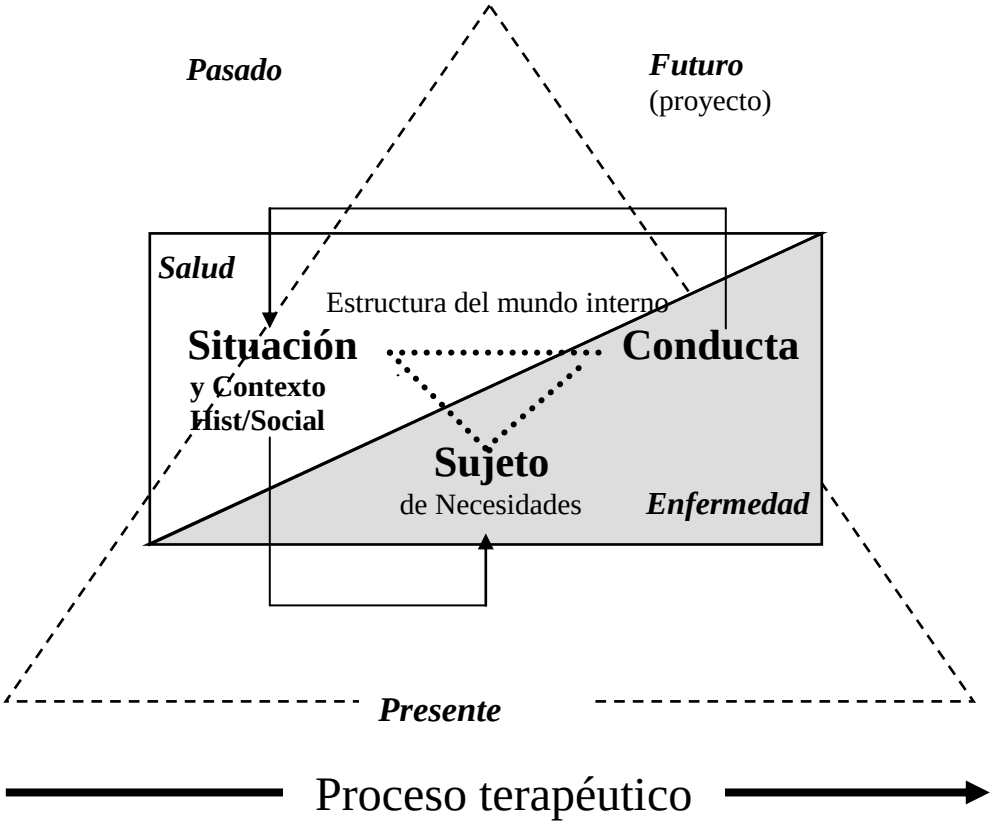
Pichon-Rivière señala en el Prólogo a *El Proceso Grupal* que la trayectoria de su tarea puede describirse como "la indagación de la estructura y sentido de la *conducta*, en la que surgió el descubrimiento de *su índole social*...". Agrega que abordó sistemáticamente la investigación del papel de la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

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

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

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

Clínica Pichoniana. *Unidad de análisis y operación*[3]



Tarea - Pretarea - Proyecto

[3] Adaptación de un mapa conceptual desarrollado por el Equipo ICP (Investigación en Clínica Pichoniana) coordinado por el autor del artículo.

Desde ya, que el proyecto de cambio terapéutico en la psicoterapia de un sujeto se dirigirá principalmente a la modificación del propio sujeto (tanto su "perspectiva" como sus "conductas") sin embargo, la consideración vincular, por oposición a una comprensión abstracta e individualista, ampliará notablemente la capacidad de comprensión y operación terapéutica. El análisis sistemático de los vínculos (reales e internalizados) y eventuales entrevistas vinculares en la que se incluyen en la terapia a otros significativos del paciente, acelerará el proceso terapéutico y permitirá la modificación de aspectos intrasubjetivos de otra manera difícilmente modificables. Este hecho, que constata la práctica clínica diaria, muestra la eficacia de la acción del otro concreto, real en la configuración del mundo interno. Procesos internos como la elaboración de la ambivalencia, la desidealización de las figuras parentales, la elaboración de la situación triangular básica, el logro de un sentimiento de identidad y un proyecto propio, son particularmente favorecidos por un contexto vincular que juega como facilitador, a lo que la terapia puede ayudar mucho. No hay elaboración intrapsíquica que no se juegue en la cancha de la escena cotidiana, familiar, laboral, social. El mundo interno del sujeto se externaliza permanentemente en sus vicisitudes cotidianas. La estructura y dinámica del mundo interno se hace visible por su externalización y desde el punto de vista pichoniano tiene su génesis en las experiencias concretas del sujeto, en su tránsito por una historia vincular y social.

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

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

La estructura de necesidades del sujeto

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

El concepto de necesidad tiene una profunda significación ya que situando al sujeto en su intrínseca concretud y materialidad subraya a la vez, el carácter esencialmente activo, prospectivo, creativo del mismo. Pichon-Rivière opone el concepto de necesidad al concepto psicoanalítico de deseo, en tanto éste es definido metafísicamente por Freud y sus seguidores como un movimiento por esencia regresivo,

cuyo sentido es la búsqueda infructuosa de un objeto inhallable, perdido o ausente estructuralmente. Desde esta concepción del deseo la relación del sujeto con la situación es subestimada en tanto tiende a ser tomada como simple mediación de los fines internos del sujeto, sus pulsiones y deseos. Los otros aparecen así, en última instancia, como una contingencia cuyo sentido es ser objetos de la satisfacción pulsional del sujeto. La noción psicoanalítica de deseo, si bien subraya la existencia de un grado de libertad subjetiva, induce a tomar la realidad externa como una entidad de segundo orden, como simple pantalla proyectiva. Por ese motivo niega la eficacia configurante del *otro concreto* y la situación sobre el sujeto y por lo tanto se escamotean las condiciones reales de esa libertad subjetiva.

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

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

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

Necesidades de:

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

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

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

Mundo interno o grupo interno.

La noción de mundo interno o grupo interno en tanto remite a la dimensión representacional le da especificidad a nuestro campo en tanto perteneciente a una psicología (social). Nuestra concepción del mundo interno, particularmente desde el punto de vista de la tarea clínica, requiere desarrollos tanto conceptuales como operacionales. Necesitamos crear categorías de diagnóstico de salud y enfermedad, multidimensionales, estructurales y situacionales, que tengan base en la dinámica interna de ese mundo interno y su interrelación con el mundo externo.

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

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

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

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

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

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

Los efectos de ruptura, sorpresa, subversión observables en la conducta humana no son en nuestra teoría efectos de la acción de un *sistema* inconsciente sino rasgos

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

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

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

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

Los aspectos menos regresivos de la escena interna refieren a experiencias posteriores, vinculadas a los grupos secundarios por los que transitó el sujeto. Por lo general, estos se presentan en la forma de simbolizaciones más discriminadas. Desde el punto de vista clínico la salud está más bien del lado de la posibilidad de relacionar y diferenciar los apegos primarios y secundarios, proceso que requiere de un grado aceptable de elaboración de la situación triangular básica (Complejo de Edipo).

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

La elaboración de la situación triangular básica implica también la desidealización de las figuras parentales o sus sustitutos y un grado aceptable de desarticulación de la escena narcisística protectora aunque paralizante. La parcialización del sujeto propia de la pretarea, en la que se siente extrañado de sí, se transforma en contacto consigo,

autognosis y emergencia de una significación más plena (integración del pensar, sentir y actuar así como de las áreas de la mente, el cuerpo y el mundo).

La sobrevivencia de lo "infantil" y "loco" en la escena interna del adulto y en su misma conducta tiene base en la ontogenia, en el historia del propio sujeto, así como en el sistema de relaciones sociales actuales que desde su alienación intrínseca, desde sus "fracturas" (Ulloa), permanentemente convoca y produce procesos regresivos, disociados, siniestros y mágicos. [4]

Lo inconsciente, lo siniestro y la instrumentalidad del yo

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

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

---

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

Pichon-Rivière piensa al sujeto como teniendo un diálogo permanente con sus propios fantasmas y su propia historia. La relación con lo extraño y lo siniestro es por ello omnipresente en la obra pichoniana y puede ser considerada parte del devenir normal de la subjetividad. Los aspectos no resueltos, no simbolizados o que resultan psicológicamente intolerables pueden depositarse en el área corporal y/o convocar defensas psíquicas rígidas y estereotipadas. En casos extremos de patología "el sujeto es una burla de sí, su 'negativo'. Le falta la revelación de sí mismo, su denominación como hombre. La situación se le presenta con un dejo de extrañeza y es esa extrañeza la que lo desespera, acudiendo para sobrellevarla a comportamientos extraños a él como sujeto, pero afines con él como hombre alienado".[5]

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

En función de estas consideraciones el descentramiento del sujeto respecto de la conciencia que plantea el psicoanálisis debe ser reubicado en un término más abarcativo: el descentramiento del sujeto, en tanto, no principio y fin de la comprensión psicológica sino más bien como uno de los términos de una dialéctica indivisible tanto en la salud como en la enfermedad, la del sujeto y el mundo. Por este motivo para comprender lo más subjetivo es necesario estudiar y comprender las relaciones reales en las que su existencia ocurre. El sujeto está descentrado de su conciencia por la operación de mecanismos defensivos que tienen su fundamento último en la internalización de un orden social alienado. Lo inconsciente es lo inconsciente histórico-social. El contenido de lo inconsciente son tanto los fantasmas o fantasías inconscientes como las ideologías, que tienen su manifestación específica en las matrices de aprendizaje y vínculo[6].

Núcleo patogenético central y situación depresiva básica

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

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

La enfermedad mental es un proceso que implica cierto grado de ruptura de la dialéctica mundo interno/mundo externo en términos de alteración de la comunicación y el aprendizaje. Desde el punto de vista del sujeto, de sus contradicciones internas, la acción del núcleo patogenético central es la causa más determinante de esa ruptura. Esto significa que la dificultad que presenta en su relación con la realidad externa y consigo

---

[5] Pichon-Riviere. La noción de tarea en psiquiatría en *El Proceso Grupal* (pag. 34). Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.

[6] Matrices de Aprendizaje y Vínculo. Concepto propuesto y desarrollado por Ana Quiroga. (Ver *Matrices de Aprendizaje. Constitución del sujeto en el proceso de conocimiento*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1991)

mismo es derivada de un grado de sufrimiento que se le hace, situacionalmente, intolerable e inelaborable. Por ello emerge el proceso patológico que debe entenderse como una estrategia fallida (e inconsciente) de preservación de sí ("preservar lo bueno, controlar lo malo").

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

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

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

Al ponerse en juego este proceso patológico, que conlleva el fracaso de las defensas y mecanismos más instrumentales del sujeto, lo principal de la actividad psíquica pasa a estar orientado por la acción del núcleo patogenético. La pérdida o frustración que desencadenó el proceso de crisis se inscribe entonces, a través de un devenir no lineal sino metamorfoseándose por acción de la fantasía inconsciente, como escena interna de destrucción, movilizando entonces las ansiedades más primarias de indefensión (psicóticas). Esta vivencia que Pichon-Rivière describe como de "catástrofe

depresiva" capta la actividad del sujeto quien impotentizado y con el intento de defenderse de la ansiedad, recurrirá a semi-conductas, características de la pretarea. Estas conductas tienen, casi absolutamente, un sentido defensivo por lo que tenderá a estabilizarse un proceso patológico a través de una neurosis o una psicosis; se generará así un circulo vicioso difícil de romper.

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

Problemáticas clínicas, teóricas y técnicas.

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

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

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

Con relación a la problemática del diagnóstico estructural, multidimensional y situacional son nociones a desarrollar y explorar las de foco terapéutico, situación actual conflictiva, núcleo problemático actual, punto de urgencia, etc.. Estas nociones refieren a uno de los problemas más complejos desde el punto de vista práctico y epistemológico: el de la delimitación de la unidad situacional de lo múltiple, esto es el punto de urgencia o contradicción principal de cada aquí/ahora de la situación clínica. La aprehensión de la particularidad y especificidad implicada en cada momento del desarrollo de un proceso terapéutico es una de las cuestiones más difíciles de la clínica. Requiere la capacidad terapéutica de contención y sobre todo de desciframiento. Estas capacidades facilitan un logro estratégica y tácticamente indispensable, el de saber el lugar donde le "duele" al paciente. Un rico y flexible manejo de lo general de la teoría y lo particular de la situación clínica específica, junto a una importante capacidad de empatía con el paciente, aportarán a que la práctica clínica logre abordar al sujeto en toda su multidimensionalidad sin por

ello escamotear el contacto con la profundidad que en cada aquí y ahora debe ser esclarecida.

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

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

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

Es indispensable y constitutivo del campo de la clínica psicoterapéutica el conocimiento de las tramas y vicisitudes de la cotidianidad, de sus procesos a veces muy variables, cambiantes. Las rápidas desestructuraciones y reestructuraciones de la cotidianidad se asientan en un proceso histórico-social más general que de no ser comprendido hace casi imposible evaluar pertinentemente conducta alguna.

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