



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 19 – Invierno 2015

*Aportaciones de la Concepción Operativa a la clínica. Una mirada desde la praxis*¹

M^a Victoria de Felipe García-Bardón²

Introducción

La Teoría de Grupo Operativo fue desarrollada por Enrique Pichon-Rivière como resultado de la integración de diferentes aportes en una nueva conceptualización. Podemos encontrar tres corrientes de influencia, el materialismo dialéctico (que considera al hombre en praxis), la psicología social (entendiendo que el hombre se construye por sus relaciones sociales) y el psicoanálisis freudiano y kleiniano (para entender la mente del individuo).

Pichon-Rivière dialoga con los diferentes pensadores reelaborando sus aportaciones en nuevas conceptualizaciones. Además, (en la línea desarrollada por Lewin) experimentaba constantemente en la práctica cada nueva propuesta. Por otra parte era muy creativo, continuamente ideaba y desarrollaba estrategias que dieran respuesta a todo tipo de situaciones, como en el caso de la huelga de enfermeros que dejó sin personal al Hospital de las Mercedes, en esa ocasión formó a los enfermos más capaces para hacerse cargo de los más vulnerables. No se quedaba ahí, sino que volvía a teorizar o conceptualizar dichas innovaciones.

Esta importancia concedida a la práctica y a la investigación es característica de la Concepción Operativa, (a partir de ahora nos referiremos a la Concepción Operativa, en lugar de Teoría de Grupo operativo, como una manera de abarcar más aspectos que los relativos a la Técnica así como desarrollos posteriores). En este sentido, y en relación con el tema que nos trae, recordamos la insistencia de José Bleger en el papel decisivo de la

¹ Texto de la ponencia presentada en las XVIII Jornadas de APAG, Madrid, octubre de 2015.

² Victoria de Felipe es psicóloga clínica. Hospital Universitario de Guadalajara.

práctica clínica. Consideraba que la pluralidad de enfoques existente en el psicoanálisis exigía que tomáramos los puntos de vista de la metapsicología como instrumentos conceptuales necesarios, pero que podían y debían ser reconstruidos en función de su ajuste a las realidades clínicas a las que se estaba indagando (Bernardi, 2009).

Para Bleger, teoría y práctica confluían en la noción de praxis, jerarquizaba la práctica clínica y su interrelación con la teoría. Consideraba que debemos estar atentos a la evidencia proveniente de distintas fuentes, pero sobre todo a la que se retroalimenta con nuestra experiencia clínica.

En el presente trabajo se va a reflexionar sobre algunas aportaciones de la Concepción Operativa a la clínica. El hilo conductor es la praxis, la práctica realizada en un dispositivo del Sistema Público de Salud, el Servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara.

He pensado cuatro aspectos de la Concepción Operativa que son de enorme ayuda en mi práctica clínica diaria.

Concepción del sujeto. Teoría de la enfermedad única

Para Pichon-Rivière el sujeto es social y está históricamente determinado. El sujeto se configura en un interjuego con un contexto que se le da siempre entretejido de vínculos y relaciones sociales y cuyo fundamento es la contradicción entre necesidad y satisfacción. La situación de necesidad es la que promueve la relación con el mundo externo, con el otro, en la búsqueda de la gratificación.

Sostenía que el acontecer intrapsíquico no puede ser comprendido sin analizar la dimensión de lo intersubjetivo, las relaciones que ambos sujetos establecen, el cómo se afectan recíprocamente.

Pichon-Rivière, sobre la base psicoanalítica y desde su experiencia clínica plantea la hipótesis de la existencia de un núcleo o elemento central, de naturaleza depresiva, es decir, ligado a procesos de pérdida y duelo, al que denomina patogenético (generador de patología), y del que todas las formas clínicas observables serían intentos fallidos, fracasados de desprendimiento y elaboración. Esta hipótesis del núcleo patogenético central implicaría a su vez la idea de que todas las formas de la enfermedad mental estarían emparentadas entre sí, a través, precisamente de ese conflicto único o central. De allí el nombre de teoría de la enfermedad única.

Detengámonos en el proceso del desarrollo para entender sus propuestas. Plantea que el nacimiento supone una experiencia de adaptación muy exigente en la que hay un cambio y una pérdida, una afluencia masiva de sensaciones, una vivencia caótica, el recién nacido está privado del universo de sensaciones previo, el que se configuró en la vida intrauterina. A esta reacción la llamó **protodepresión**. En ese momento hay una inhibición por la multiplicidad de estímulos y lo masivo de la exigencia de adaptación. El sujeto no cuenta

con una organización yoica suficiente como para ordenar ese caos, para ordenar su universo y poder discriminar emociones y percepciones recurre a la escisión.

Describe el mundo interno del niño en ese momento organizado en base a dos categorías de la experiencia: placer - displacer o dolor. Y en esta configuración son vigentes un objeto totalmente bueno, es decir la experiencia positiva con el objeto, gratificante, idealizado, objeto parcial, y un objeto malo, persecutorio, al que se odia y por el que se es odiado, así como se es amado y se ama al objeto idealizado. Estaríamos en la posición esquizoparanoide de Klein y que Enrique Pichon-Rivière llama instrumental. ¿Por qué?. Porque comienzan a construirse en ella las técnicas del yo (disociación, proyección, introyección) como instrumentos de vinculación y resolución de la relación entre el yo y la realidad. En ese momento la organización yoica está en construcción, es lábil, necesita del otro para integrarse.

El siguiente momento es resultado de la integración del objeto, como una totalidad y que le enfrentará a la ambivalencia que supone los pares contradictorios disociados en la etapa anterior, el objeto, a la vez gratifica y frustra, al que ama y odia y del que se siente amado y odiado. Apelando a las técnicas disociativas del momento anterior y con la ayuda del exterior puede ir elaborando y resolviendo dichas contradicciones. Es la fase depresiva, a la que se enfrenta a través de la inhibición y de la que sale con la integración de dichos pares contradictorios en el objeto total. Considera que dicha **posición depresiva básica** es nodal en el núcleo patogenético. El núcleo patogenético consiste fundamentalmente en un conflicto de ambivalencia que no logra resolverse sino por la disociación-dilematización de los polos de la contradicción, es lo que él denomina **factor disposicional**.

Para que esa posición depresiva básica genere patología hará falta un **factor actual** lo suficientemente significativo para desencadenar un proceso de regresión, que active y refuerce esa situación depresiva básica, fallidamente elaborada. El desencadenante suele representar una privación o pérdida real o fantaseada del objeto. Por otra parte, cuanto más difícil haya sido la elaboración de la secuencia de privaciones y en particular de la depresión del desarrollo, y por lo tanto mayor utilización del mecanismo de inhibición mayor peso o significación tendrá la estructura depresiva básica como factor disposicional.

En la psicoterapia, y siguiendo lo expuesto, contemplamos los dos factores: el factor disposicional (derivado de cómo resolvió la posición depresiva del desarrollo) y el factor actual desencadenante. Siempre van a estar relacionados pero hay diferencias importantes en los pacientes, que tendremos en cuenta a la hora de insistir o utilizar unas técnicas o estrategias terapéuticas, u otras.

Como ya hemos mencionado, para la Concepción Operativa, la teoría y la práctica están integradas, guardan una relación dialéctica, en la que una remite a la otra de manera permanente, y esto lo tenemos en cuenta en nuestra práctica diaria. En este sentido, voy a comentar algunos datos de un estudio realizado con pacientes diagnosticados de Fibromialgia para ilustrar de alguna manera la confluencia de ambos factores, el disposicional y el desencadenante. Más adelante reflexionaremos sobre las implicaciones terapéuticas.

Un estudio sobre factores disposicionales y desencadenantes.

En los últimos años hemos podido comprobar en pacientes diagnosticados de fibromialgia la importancia de dichas aportaciones respecto al factor disposicional y desencadenante, referidas a aspectos de pérdida, duelo y depresión. Así como al peso de uno u otro.

En un programa de enlace en coordinación con reumatología durante los primeros años se produjo una derivación masiva de pacientes, y aprovechamos esa circunstancia para estudiar la relación de los factores desencadenantes con la psicopatología en el momento actual. No sólo eso, también pudimos identificar experiencias infantiles de privación y duelo asociadas a dicha psicopatología, sobre todo depresión (de Felipe, 2012).

Estudiamos una muestra de 207 pacientes diagnosticados de fibromialgia, y encontramos que la mitad de nuestros pacientes (49%) habían sufrido Acontecimientos Vitales Estresantes durante la infancia, enfermedades y pérdidas de los padres, conflictos familiares importantes, y el 25,4% (de la muestra total) experiencias de maltrato, sobre todo explotación laboral. Nuestros sujetos, la mayoría mujeres, habían empezado a trabajar antes de los 16 años, fuera de la casa o haciéndose cargo de los hermanos pequeños y tareas domésticas. En la misma muestra, el 70% de los pacientes podía identificar una situación que probablemente contribuyó al desencadenamiento de los síntomas físicos. Dichas situaciones, de nuevo, estaban relacionadas con pérdidas, limitaciones, o duelos. Estos datos eran estadísticamente significativos al compararlos con un grupo control sin fibromialgia.

Pichon aludía a la importancia del factor desencadenante en la generación de patología, teniendo en cuenta que la forma de afrontar esa situación estaba relacionada con la manera de haber resuelto situaciones depresivas previas (sobre todo la depresión del desarrollo que implicaba la integración del objeto total con las contradicciones y ambivalencia ante el mismo). En base a esta hipótesis estudiamos si existía una asociación estadísticamente significativa entre haber padecido dichas experiencias y la sintomatología actual (depresión, ansiedad y afectación en la calidad de vida).

Y efectivamente, comprobamos que haber sufrido maltrato en la infancia y haber tenido Acontecimientos Vitales Estresantes en el año previo a la sintomatología dolorosa eran las variables que se asociaban (de manera estadísticamente significativa) con depresión, ansiedad y peor calidad de vida en la actualidad, es decir los pacientes que habían sufrido dichas experiencias daban puntuaciones más altas en los cuestionarios que medían dichos síntomas.

Estudios como este, basados en la población que atendemos nos aportan la tranquilidad de saber que podemos seguir por ese camino, o nos indican otros más pertinentes.

A partir del análisis de las situaciones de pérdida y su implicación en la vida psíquica, Enrique Pichon-Rivière llega a la conclusión de que toda pérdida significativa determina en el sujeto una crisis, una desestructuración que para ser resuelta deberá transformarse en una reestructuración de sí mismo. La crisis que implica la situación de pérdida se resuelve o se

elabora en un proceso de aprendizaje, donde lo primero que tiene que aprender es a reconocer la ausencia o carencia de lo perdido.

Esta reestructuración se podrá realizar a partir y a través de relaciones vinculares. Y aquí vemos un cambio en el pensamiento de Pichon-Rivière respecto al psicoanálisis Kleiniano, no habla de relación de objeto sino de vínculo. Subraya la génesis interpersonal de la constitución subjetiva, con el concepto de Vínculo, desprendiéndose por lo tanto del esquematismo kleiniano de la posición esquizoparanoide.

Para Pichon el vínculo es una estructura relacional, en el que se contempla el interjuego intrasubjetividad e intersubjetividad. Incluyendo tanto la situación real como su inscripción en tanto escena interna. A su vez, esa dimensión intrasujeto se constituye en la interacción, por ello Pichon habla de dialéctica, configuración mutua, determinación mutua.

Volvamos a nuestra práctica, la psicoterapia grupal que realizamos es breve, el contexto no permite encuadres muy largos por la lista de espera que se generaría, de hecho en alguna ocasión nos hemos encontrado con pacientes que habían tenido que esperar varios meses hasta ser atendidos.

Los encuadres, dentro de este criterio de brevedad, no son los mismos en todas las ocasiones. Así, en el ejemplo anterior del programa de fibromialgia organizamos la atención psicológica a través de grupos de psicoterapia breve, 22 sesiones, a lo largo de 18 meses en tres periodos diferenciados, incluyendo información las 12 primeras sesiones.

Una psicoterapia breve, siguiendo las indicaciones de los diferentes autores exige la focalización, trabajar sobre un foco determinado. La concepción del sujeto planteada por Pichon-Rivière y la teoría de la enfermedad única nos permiten pensar el foco de una manera particular.

Nuestra hipótesis (siguiendo lo expuesto) es que el síntoma está relacionado con una pérdida que no ha podido ser elaborada, de tal manera que el sujeto no ha podido adaptarse de manera activa a la realidad. La pérdida se puede convertir en factor desencadenante por su intensidad, cantidad de áreas afectadas, o por haberse dado pérdidas sucesivas en un corto período de tiempo. Pero su impacto también va a depender del factor disposicional, es decir de la capacidad o recursos psicológicos que disponga el sujeto, de la fuerza yoica para elaborar el duelo y que está relacionado con la manera que tuvo de superar la depresión que supuso la integración del objeto total con sus aspectos contradictorios y ambivalentes, la manera que tiene de superar pérdidas anteriores.

Tenemos, por lo tanto, elementos que nos van a guiar en la elección del foco con el que vamos a trabajar. Nos centramos en el factor desencadenante. Para ello indagamos sobre el tiempo previo al síntoma. Y casi siempre se puede identificar en ese momento, una pérdida significativa o alguna exigencia adaptativa desmesurada para la capacidad del sujeto.

Nos centramos en ese momento, analizamos y reflexionamos sobre las emociones que surgieron, los desengaños, las frustraciones, las expectativas no cumplidas, los deseos

truncados... intentando integrar emociones o pensamientos disociados que obstaculizan la adaptación activa a la nueva situación. Además de centrarnos en lo actual siempre vamos a relacionarlo con otras pérdidas anteriores que han podido influir en esta nueva dificultad de elaboración e integración.

Pensemos esto a través de un caso, Pilar es una mujer fuerte, activa, luchadora. Su marido fue alcohólico durante muchos años, durante ese tiempo tuvo a su segundo hijo, con una enfermedad grave y crónica. A la edad de 55 años la diagnostican de osteoporosis severa y fibromialgia, lo que la sume en una profunda depresión. A partir de ese momento siente que ya nada tiene sentido, para ella dichas enfermedades significan dejar el lugar que siempre había ocupado, "el apoyo de toda la familia". Desde su mundo interno se quedó sin valor. ¿Por qué para sentirse con valor tiene que estar resolviendo y ayudando a todos, hasta el punto de quebrarse físicamente?. ¿Por qué con las dificultades que ha tenido en la vida, el diagnóstico de una enfermedad física la sume en una severa depresión?. De pequeña, tenía asma, motivo por el que no la dejaban jugar con sus hermanos y los demás niños, pero para que "le diera el aire" la sacaban en una hamaquita, a la que la ataban con una sábana para que no se moviera y ella veía cómo corrían y jugaban los demás. En la psicoterapia grupal trabajamos con la hipótesis de que los sentimientos que no pudo elaborar en aquel momento, y que compensó a lo largo de su vida siendo la hermana que más se ocupaba de los demás se reactualizaron en el momento en el que, de nuevo, no se puede mover, mirando cómo los demás siguen con sus vidas.

Pichon-Rivière apela al vínculo para la superación de la pérdida y la depresión subsiguiente. Dependiendo de la fuerza y consistencia de los vínculos, del sostén y apoyo, de la contención necesaria para soportar y superar las situaciones de privación y pérdida acaecidas a lo largo de la vida, así como de la interiorización de dichos vínculos, el sujeto podrá adaptarse de manera activa a la realidad, encontrará nuevos lugares o estrategias para sentirse productivo, actor de su vida. Será necesaria, entonces, la presencia del otro para encontrar la forma de superar la carencia actual, la necesidad derivada de la pérdida. La psicoterapia de grupo ofrece el espacio, el escenario adecuado para ello, facilitando a través de las relaciones entre los integrantes y con el equipo coordinador la reparación y restitución del lugar perdido, salir de la tristeza o elaborar las ansiedades que obstaculizan el crecimiento y el cambio.

Pero sigamos con la praxis, con la integración teoría y práctica. *Realizamos otra investigación con pacientes diagnosticados de fibromialgia.*

Nuestra hipótesis era que los pacientes que trabajan en psicoterapia aspectos infantiles no resueltos, (que se habían constituido en un obstáculo para la elaboración de momentos depresivos del desarrollo) van a experimentar mayor mejoría en su calidad de vida que los pacientes que sólo abordan dificultades de adaptación actuales.

Elegimos como variable independiente el foco trabajado en la psicoterapia, diferenciando entre quienes se habían centrado en la adaptación a la enfermedad, de aquellos que habían profundizado en conflictos psicodinámicos (conflictos en la relación con los padres y maltrato en la infancia).

La variable dependiente era la mejoría en la calidad de vida, valorada a través de un cuestionario ampliamente utilizado en reumatología, el FIQ (Burckhardt, C. S., Clark, S. R., Bennett, R. M., 1991), un instrumento muy útil pues nos ofrece la posibilidad de cuantificar la mejoría con relevancia clínica, es decir, saber qué sujetos mejoran tras la psicoterapia de manera tal que dicha mejoría fuera percibida por el paciente y el clínico.

Estudiamos la asociación entre haber trabajado en psicoterapia breve uno de los dos focos con la mejoría en la calidad de vida, y encontramos que existía asociación estadísticamente significativa $p=0,009$ (Chi cuadrado 6,902) entre abordar temas o conflictos psicodinámicos y mejoría en calidad de vida, frente a quienes se habían centrado en la adaptación a la enfermedad. Es decir mejoraban de manera clínicamente significativa quienes habían trabajado dichos focos.

Antes habíamos visto que las personas que habían tenido situaciones vinculares complicadas en el desarrollo, pérdidas importantes, asociado a factores desencadenantes presentaban más patología en el momento actual. Ahora vemos que si estas personas abordan dichas situaciones en la psicoterapia mejoran más que quienes no han tenido dichas experiencias. Como dice Bleger (1967) la teoría de la enfermedad única no es un mero aporte teórico, sino un poderoso instrumento de trabajo.

El siguiente apartado, el concepto de salud-enfermedad, también orienta nuestra práctica clínica.

Concepto de Salud –enfermedad

Para Enrique Pichon-Rivière, un sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad desde una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformarla, transformándose a la vez él mismo.

La integración es un signo de salud, pero dicha integración se da alternándose con la disociación, como un plano de análisis y síntesis en un movimiento permanente de fragmentación-integración. La integración requiere desestructuración, y posterior reestructuración en otro nivel, en otro plano. Hay que integrar las contradicciones para pasar a una nueva reestructuración, si no se hace se producirá una detención en el proceso de aprendizaje, de adaptación a la realidad.

Pero no podemos quedarnos sólo en el escenario intrasubjetivo, ya que Pichon apunta que el aprendizaje de la realidad estará condicionado por la confrontación entre el ámbito de lo intrasubjetivo y de lo intersubjetivo. Si esta confrontación es dialéctica funcionará como un circuito abierto, de trayectoria en espiral, si esta confrontación es dilemática funcionará como un circuito cerrado, viciado por la estereotipia.

De este modo la salud se relacionaría con la capacidad de un pensamiento que pueda abordar las múltiples contradicciones internas y externas, discerniendo qué polo domina y qué es lo secundario. En la medida que se puedan abordar las contradicciones, se las podrá

integrar pasando a esa nueva reestructuración, a ese otro plano (Quiroga, 2008). La salud, para Enrique Pichon-Rivière viene dada por la visualización y resolución de contradicciones que emergen en el sujeto y en la relación con su contexto.

En este juego dialéctico con el mundo plantea que el sujeto es actor, protagonista de su historia vincular y social definiendo la salud como adaptación activa, aprendizaje, transformación de sí y del medio. La salud sería la relación dialéctica, mutuamente transformante sujeto-mundo, sin perder de vista que también en cada uno de nosotros hay una dialéctica de aspectos sanos y enfermos, y que en esa dialéctica hay dominancias.

El Método Dialéctico

Hemos visto cómo, desde la Concepción Operativa, la salud supone la integración de las contradicciones inherentes al sujeto pues en caso contrario se produciría una detención en el desarrollo, en el aprendizaje, en la adaptación activa a la realidad. Enrique Pichon-Rivière en la articulación de la teoría y práctica, en la operatividad de sus aportaciones propone un instrumento poderoso para el análisis y resolución de las contradicciones, el Método dialéctico, la Dialéctica Materialista.

La concepción dialéctica plantea la complejidad de lo real y el movimiento como automovimiento. Es decir, el movimiento, el desarrollo se da a partir de opuestos, de contradicciones que hacen a la complejidad intrínseca de cada ser, hecho o relación.

Propone el análisis dialéctico como método terapéutico, análisis que consiste en la indagación sistemática de las contradicciones (Pichon-Rivière, 1966). Esto se logra en un interjuego de análisis y síntesis, fragmentación e integración. Esa es la esencia de la tarea del grupo operativo.

La dialéctica es un instrumento de análisis que nos permite investigar en cada situación concreta qué polo, qué aspecto de la contradicción es el principal: si el desarrollo, el proyecto, o el obstáculo, la ansiedad, la resistencia. Cuáles son los indicios de lo nuevo y cuál es el grado de persistencia de lo anterior (Quiroga, 2005).

Como señala Bernardi (2009), se trataría más bien de recuperar uno de los sentidos originales de la palabra dialéctica como espacio en el que los términos de un conflicto pueden interactuar dando lugar a nuevas configuraciones, de este modo se pueden transformar las contradicciones en motor de nuevos avances. En nuestro caso, en la psicoterapia, es un instrumento que nos ayuda a identificar y resolver mecanismos disociativos o defensivos que pueden paralizar los movimientos dialécticos que caracterizan el desarrollo de la vida.

La dialéctica, como método, ayuda al movimiento, a incorporar lo nuevo, a convivir y resolver las contradicciones, a integrar, elementos terapéuticos claramente necesarios para la salud. Como dice Rozenbom (2014) "si la realidad es problemática, conflictiva, lo mejor es atravesarla. Desplegar el conflicto tal como es. Y resolverlo. De eso se trata vivir".

El análisis dialéctico apunta a la visualización y resolución de contradicciones internas y con el contexto vincular-social, escenario de la vida del sujeto.

En psicoterapia grupal, el análisis de las contradicciones supone una gran ayuda. De este modo podemos abordar aspectos que paralizan el desarrollo, en nuestro caso, podemos indagar algunos elementos que se expresen a través del síntoma. Pensemos algunos pares dialécticos que se abordan en los grupos. Uno fundamental sería el de consciente-inconsciente, o mundo interno-mundo externo, o fantasía-realidad. Pero también aparece de manera insistente ese otro par que apunta al deseo y la defensa, o al deseo y la culpa. Y no sólo la dialéctica interna al sujeto sino también la que se refiere a su relación con el exterior, dada por lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo; el individuo y el grupo; el sujeto y su contexto. Y recorriendo a todas, la expresada por el conflicto que enfrenta lo viejo a lo nuevo, lo anterior a lo actual, la inmovilidad al cambio.

Es una manera de pensar e integrar emociones (amor-odio), salir de situaciones paralizantes en las relaciones (dependencia-independencia). O dar una tregua a la excesiva reflexión de un paciente que le impide el paso a la acción.

Se trabaja específicamente sobre los dos miedos básicos que surgen en relación al cambio: miedo al ataque al yo y miedo a la pérdida del objeto que constituyen la situación basal del ser humano que se ha vuelto patogénica. El grupo facilita este método, gracias a la diversidad de experiencias y perspectivas y la multiplicidad de espejos identificatorios, construyendo una visión multilateral, progresivamente enriquecida y concreta de la realidad a investigar.

En el grupo se elabora la depresión iatrógena, la versión terapéutica, podríamos decir, de la enfermedad única, que se desencadena por la movilidad de las estructuras rígidas. La estructura grupal también facilita el despliegue de la ansiedad frente al cambio, así como la contiene.

La dialéctica se nos ofrece como un instrumento objetivo, transformador en el análisis de la realidad en el campo concreto ya que la dialéctica es negación de la inmovilidad, es negación del dogmatismo.

En nuestra práctica, realizamos diferentes encuadres psicoterapéuticos grupales. En estos momentos trabajamos con un encuadre diseñado por Armando Bauleo (2005), al que denominó, corredor terapéutico. Los grupos tienen una duración de 3 meses, 12 sesiones, al finalizar un grupo inmediatamente comienza otro, de otros tres meses. En este nuevo encuadre permanecen algunos pacientes del grupo anterior y se incorporan nuevos integrantes, algunos ya han realizado psicoterapia en grupos anteriores y otros son pacientes nuevos, que nunca han realizado psicoterapia. Y así sucesivamente.

El encuadre corredor puede sernos útil desde esta perspectiva del análisis dialéctico. Los diferentes cierres y aperturas constituyen momentos en los que paramos, analizamos y evaluamos pero algunos integrantes continúan en el nuevo grupo, no todos, y siempre hay alguno nuevo. El hecho de que en este nuevo grupo algunos participantes se conozcan y

otros no nos ayuda a trabajar ese par dialéctico tan importante en salud mental, lo viejo y lo nuevo, o lo conocido y lo desconocido, lo sabido y lo ignorado, pero también, la pertenencia, la cohesión. Los que ya han participado en grupos anteriores muestran, enseñan, agilizan el proceso terapéutico, los nuevos integrantes aportan nuevas perspectivas, ayudan a ver de otra manera lo ya conocido.

El riesgo es un aumento de ansiedad que obstaculice y no sea operativo el trabajo grupal. Pero lo tenemos en cuenta, y lo trabajamos dialécticamente.

Técnica de los Grupos Operativos

Por último, es importante señalar que Pichon-Rivière desarrolló una técnica de trabajo grupal muy rica e interesante, de la que sólo vamos a mencionar aspectos muy específicos, los conceptos de **tarea y emergente**, relacionándolos con el tema que estamos desarrollando.

Pichon considera que el sufrimiento puede ser reparado mediante el agrupamiento en torno a una tarea. El Grupo Operativo es un Grupo centrado en **la Tarea**. A diferencia del grupo centrado en el grupo, y del grupo centrado en el individuo, para la técnica operativa, la tarea sería lo fundamental del proceso grupal. La Tarea consiste en el abordaje del objeto de conocimiento. La Tarea como fundamento del grupo.

En los grupos de psicoterapia podríamos enunciar la tarea de diferentes maneras, pero en esta ocasión, siguiendo el desarrollo expuesto, vamos a remitirla a la teoría de la enfermedad única, a los conceptos de salud enfermedad y a la dialéctica

Siguiendo la Teoría de la enfermedad única, en los grupos de psicoterapia podríamos enunciar la Tarea como “resolver y elaborar las dificultades relacionadas con situaciones de pérdida, duelo y depresión, tanto las actuales como las previas, las del desarrollo”.

Siguiendo los conceptos de salud enfermedad así como el método dialéctico podríamos enunciarla como “el aprendizaje e integración de las contradicciones”.

Otra forma de enunciar la tarea de los grupos de psicoterapia, teniendo en cuenta todos los aspectos que hemos visto, sería “el logro del aprendizaje sobre uno mismo, sobre sus formas de vinculación, sobre los obstáculos o dificultades que bloquean una relación dialéctica con el otro, con los otros, externos e internos” (Suárez, 2015).

Por último, es importante hacer referencia al concepto de **emergente** como concepto fundamental, singular y propio de la Teoría Operativa. El emergente posibilita la interpretación y el análisis del proceso grupal, es el elemento que apunta al contenido latente grupal y al inconsciente individual (Gómez, 2014).

Bauleo (1974) junto a Pichon-Rivière señalan que el emergente puede ser un síntoma, un individuo o un hecho; sería el elemento a partir del cual adquiere sentido la situación.

Un emergente puede ser el lugar en el que se coloca Marta, al lado de la terapeuta cuando no quiere hablar, enfrente cuando necesita ayuda para decir algo que no es capaz de “escucharse”. En este caso sería emergente porque expresa la importancia de su ubicación. Un día, cuando está sentada al lado de la coordinadora lo expresa y al día siguiente se sienta enfrente. Emergente de que en ese momento puede compartir algo innombrable para ella respecto a la relación con su padre, tras el relato de otra paciente con la que se ha identificado. Inconsciente individual que también se entrecruza con el latente grupal, con el momento en el que se encuentra el grupo, configurándose como espacio de escucha, contención y apoyo.

Para concluir

La práctica clínica que realizamos en los dispositivos públicos de salud nos enfrenta a múltiples conflictos y contradicciones. Nos encontramos con equipos insuficientes para atender la excesiva demanda, lo que genera listas de espera insostenibles y encuadres que claramente no ofrecen las condiciones imprescindibles para poder realizar una psicoterapia. Demandas que en muchos casos no son claras, ¿quien la realiza? ¿el paciente, la familia, el médico derivante?.

Situaciones atravesadas por los mandatos institucionales, las demandas sociales, las situaciones vitales dramáticas tan comunes en nuestro momento actual, crisis, paro, desahucios, despidos, maltrato.

En este contexto, las aportaciones de Pichon-Rivière y el posterior desarrollo sobre la Concepción Operativa permite ofrecer espacios, grupales en nuestro caso, espacios de psicoterapia, reflexión, análisis, y aprendizaje. De apoyo, contención, solidaridad. Espacios que permiten poder salir de la inmovilidad, de la pasividad, de la inhibición en la que se encuentran sumidos muchos de nuestros pacientes.

Cuando hablamos de la Concepción Operativa, estamos acostumbrados a hacerlo desde la Teoría y Técnica de coordinación de grupos, que sin lugar a dudas es una herramienta fundamental para trabajar en psicoterapia grupal, desde un modelo psicoanalítico.

Hoy he querido profundizar en algunos aspectos menos conocidos de las aportaciones de Pichon-Rivière, la Teoría de la Enfermedad Única, concepto muy interesante del que podemos disponer, de manera instrumental como herramienta teórica para pensar en términos de grupo. Y el Método Dialéctico, que permite ayudar en la integración y resolución de las contradicciones que inhiben la adaptación activa a la realidad.

Dichos aportes no excluyen, sino que se integran dialécticamente con otras aportaciones psicoanalíticas en mi práctica diaria.

Referencias bibliográficas

Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Atuel.

Bernardi, R. (2009). ¿Que Metapsicología necesitamos? Vigencia de J. Bleger. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*; 108 : 223 - 248

Bleger, J. (1.967). Las enseñanzas fundamentales. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 4.

Burckhardt, C.S., Clark, S.R., Bennett, R.M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and Validation. *Journal of Rheumatology*, 18, 728-733

De Felipe García-Bardón, M.V. (2012). "Psicoterapia Grupal Operativa de orientación psicoanalítica en pacientes con Fibromialgia: evaluación y factores relacionados". Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Filosofía Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Gómez, R. (2014). Clínica grupal psicoanalítica/operativa y "emergente". *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Nº18 www.area3.org.es

Pampliega de Quiroga, A (2005). *Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo*. Desarrollos en Psicología Social a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. Ed Cinco. Buenos Aires

Pampliega de Quiroga, A. (2008). Introducción al seminario sobre Teoría de la Enfermedad Única de E. Pichon-Rivière. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Nº12, www.area3.org.es

Rozenbom (2014) <http://milnovecientossextyocho.blogspot.com.es/2014/11/la-dialectica-y-la-psicologia-social-1.html>

Suárez, F. (2015). Interpretación y aprendizaje. Ponencia presentada en el Seminario intensivo organizado por Centro Studi e Ricerche "José Bleger" y Área 3, Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales. Rimini 15-16 de mayo de 2015. (En este mismo número de la Revista Área 3).