

# EL CAMBIO CLÍNICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOSOCIOLOGÍA

## *CLINICAL CHANGE FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOSOCIOLOGY*

María José Acevedo<sup>1</sup>

*“Cambiar es no estar completamente sometido a la repetición... es acceder a lo desconocido, al riesgo... al descubrimiento de un vacío, allí donde se creía que había un pleno, a un posible, allí donde había una certeza, a una pregunta, allí donde había una seguridad”.*

André Lévy (1973)

### **Resumen**

El presente trabajo está destinado a dar cuenta de los fundamentos teóricos que nos permiten afirmar que la noción de “clínica” no designa con exclusividad un campo de intervención–investigación referido a salud física y mental de un sujeto. Cuando de hechos sociales se trata, situaciones o fenómenos complejos que tienen lugar en distintas áreas de la vida social (trabajo, educación, colectivos sociales...) cuya conflictividad es productora de sufrimiento individual o colectivo, las instituciones o equipos de trabajo recurren a profesionales en búsqueda de ayuda para enfrentar esas problemáticas. En el caso que la demanda sea dirigida a analistas/investigadores inscriptos en alguna de las corrientes de la psicología de raigambre francesa, la experiencia tiene carácter clínico porque responde a criterios de abordaje muy precisos y a un particular posicionamiento del analista, a los cuales nos referiremos en este texto.

**Palabras clave:** psicología, clínica, complejidad, dispositivos cambio.

### **Abstract**

This article aims to consider the theoretical foundations that allow to sustain that the notion of “clinical” does not designate exclusively a research–intervention field referring to the physical and mental health of an individual. Within the realm of social facts, conflictive situations or complex phenomena taking place in different areas

---

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología (UBA). Doctoranda en Psicología (UCES). Profesora Adjunta en las Cátedras de Psicología Institucional, Carrera de Trabajo Social, y de Análisis Institucional, Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Miembro permanente del Centro de Investigaciones Sociales y Educativas del Norte Argentino de la UNSa. Directora de la Fundación Gérard Mendel de Argentina. Analista Institucional.

(work, education, social collectives) trigger individual or collective suffering. When this is the case, institutions or work teams appeal to professionals in search of help to deal with these problems. When the demand targets analysts/researchers aligned with the psychosociological French perspective, the experience acquires clinical traits because it responds to precise approach criteria and a particular positioning of the analyst, which we reflect on in this text.

**Keywords:** psychosociology, clinical, complexity, scheme, change.

### **Introducción**

En este trabajo nos proponemos exponer las razones por las cuales afirmamos que la *clínica* no es una noción aplicable con exclusividad al campo de la salud–enfermedad sino que, cuando se refiere a fenómenos y situaciones de la vida social, designa un enfoque y una modalidad de intervención que en las últimas décadas ha sido adoptada por distintas ciencias humanas y sociales (Sociología, Psicología Social, Ciencias de la Educación...). Los argumentos que esgrimiremos tienen un fundamento teórico-epistemológico, y se apoyan en una larga tradición de prácticas de análisis en grupos e instituciones de distinta índole. Ellas tienen su origen en las investigaciones sobre grupos llevadas a cabo en Estados Unidos y Francia, particularmente en el período entre las dos guerras mundiales, y fueron continuadas por la acción de los investigadores que crearon las distintas corrientes de la psicología francesa. Esa tradición fue retomada en la Argentina por figuras como Enrique Pichon-Rivière y José Bleger, cuyos discípulos fueron los maestros que nos formaron en el abordaje clínico de problemáticas propias del ámbito de los grupos y de las organizaciones, como así también del terreno de la formación. Es desde ese posicionamiento, del que iremos dando cuenta aquí, que consideraremos el tema del *cambio*.

### **I. La psicología. Sus fundamentos epistemológicos**

La psicología es una disciplina mestiza, que incluye varias corrientes, y que nace de una concepción de la ciencia que rechaza analizar los fenómenos sociales desde una perspectiva excluyente. Parte del planteo que los hechos sociales son de tal complejidad que ninguna ciencia, ni sistema de pensamiento que se pretenda hegemónico, tienen la capacidad de asegurar la completa comprensión de los mismos (Morin, 2003; Pagès, 2006). Las fronteras entre los campos científicos deberán, por lo tanto, tener la flexibilidad suficiente para permitir que cada uno de ellos, conservando su especificidad, pueda nutrirse de los aportes de los campos vecinos. Esta postura implica reconocer la necesidad de una *problematización múltiple* de las situaciones y fenómenos que conforman la vida social, ubicando a los mismos en el punto de intersección de diversas lógicas al mismo tiempo autónomas e interdependientes: lógicas macro y microsociales, lógicas psicológicas y políticas, lógicas materiales y lógicas imaginarias, etc. Es en este sentido que el *Paradigma de la complejidad* propuesto por Edgar Morin (2003) señala la *autonomía relativa* de los procesos estudiados y advierte acerca de su *causalidad recursiva*,

esto es, de la influencia constante que tienen unos sobre otros. Desde este enfoque el hacer profesional referido a aquellos hechos es también una *práctica compleja*, cuyo desafío consiste para el practicante en utilizar, para una mayor comprensión de sus objetos de intervención–investigación, las herramientas teórico–metodológicas que le ofrecen las ciencias afines, pero siempre a condición de poder distinguir y dar cuenta con claridad de sus puntos de convergencia y de divergencia.

## II. La clínica

### II.1. Génesis histórica del concepto de clínica

En su libro *El nacimiento de la clínica* (1983) Michel Foucault relata de qué manera procedimientos llevados a cabo en las instituciones hospitalarias por profesionales de la medicina, y destinados a la detección y tratamiento de enfermedades orgánicas, fueron constituyendo a lo largo del tiempo lo que se dio en llamar “la clínica”. Recuerda Foucault que durante largo tiempo el hospital fue el lugar en que se recibía a los pacientes menesterosos para acompañar la lucha de sus cuerpos contra la enfermedad. Administradas por religiosas, la función del médico en esas instituciones no era otra que la de realizar un seguimiento periódico de ese proceso. Recién a partir de la emergencia del higienismo el saber médico adquiere protagonismo y los profesionales desplazan a las religiosas en la gestión del hospital. Efectivamente los médicos poseían conocimientos diferenciales respecto de los factores ambientales nocivos o beneficiosos para la salud de los pacientes; pero de lo que realmente se trató en lo sucesivo fue de diagnosticar con precisión y rapidez el mal que los aquejaba, a fin de poner en marcha las acciones terapéuticas pertinentes. Definidas por sus signos específicos, cada patología debía ser detectada a partir de sus manifestaciones observables en el cuerpo del paciente. La “mirada clínica” tan valorada hasta nuestros días, no era una capacidad natural de ciertos profesionales, era el producto de un ejercicio que los más noveles realizaban al lado del médico experimentado, en el curso de las rondas cotidianas de las salas. El cuerpo hablaba en un código visualmente detectable; no obstante los pacientes tenían algo que decir acerca de sus propias dolencias y los médicos, finalmente, se decidieron a atender a ese otro lenguaje. Así fue como la “escucha clínica” se convirtió en el auxiliar de la “observación clínica”, canales ambos de información que aún hoy las sofisticadas tecnologías diagnósticas no han logrado invalidar. El Psicoanálisis, cuyos inicios se enraizaron en los avances de la psiquiatría, hereda aquella tradición privilegiando la escucha clínica; es el paciente quien posee la llave de su mundo inconsciente, la función del terapeuta es poner a su servicio el dispositivo adecuado para que logre aproximarse a la escena nuclear de esa fantasmática.

Hemos visto entonces que la observación y la escucha han sido originariamente el fundamento del abordaje clínico, y que el propósito del mismo fue en sus inicios el diagnóstico y tratamiento de patologías físicas y psíquicas. La difusión del Psicoanálisis, su utilización para comprender fenómenos propios de la vida de los grupos y de las instituciones, determinaron que otras ciencias humanas y sociales (Psicología

Social, Sociología, Ciencias de la Educación...) hicieran propia la noción de *clínica* para sus intervenciones e investigaciones. Los dispositivos creados para actuar en los respectivos campos se autodefinen como *clínicos* no solo por instaurar espacios colectivos que tienen en cuenta los resultados de las investigaciones sobre la psicología de los grupos de orientación psicoanalítica, sino porque rompen con las dicotomías sujeto/sociedad y teoría/práctica, prescribiendo, con igual rigurosidad que lo hace el Psicoanálisis, las pautas deontológicas que regirán las acciones del clínico interventor/investigador en el campo de lo social. Este es el caso de todas las corrientes que constituyen – como anticipamos – el amplio espectro de la *psicosociología* de raigambre francesa a las que nos referiremos más adelante (Prades, 2015).

## II.2. La clínica de lo social

Profundizando en la cuestión de la pertinencia de calificar como *clínico* al abordaje psicosociológico de las problemáticas de índole social, nuestro planteo fuerte es que, según dijimos antes, esa noción no es adjudicable de manera exclusiva al campo de la medicina o del Psicoanálisis. Los investigadores que desde hace varias décadas se consagran al estudio e intervención en los conflictos de índole grupal e institucional, respaldan esta afirmación, entre ellos el psicosociólogo André Lévy, profesor emérito de la Universidad de Paris-Nord, miembro fundador de la ARIP y presidente de la CIRFIP. Sostiene Lévy que la clínica se define “... como un posicionamiento global en relación con el otro, pero también en relación con el saber y a su elaboración... el abordaje clínico es ante todo la aproximación a un sujeto o a un conjunto de sujetos reunidos en un grupo o una organización, que se enfrentan a un sufrimiento, a una crisis que los involucra completamente; el clínico presupone la existencia de sujetos vivos, deseantes y pensantes, que hablan, tanto para no decir nada como para hacerse reconocer, o para encontrarle un sentido a sus emociones, a sus recuerdos, o a su historia que van construyendo en todo momento” (Lévy, 1997, p. 6–7).

Una particular *modalidad de abordaje* entonces, y de *posicionamiento* por parte del practicante.

Un *abordaje*, explica Lévy, que parte indefectiblemente de una demanda proveniente de personas o grupos involucrados en procesos, concientes o inconscientes, que les generan expectativas o vivencias penosas. La actuación clínica presenta dos fases que este autor considera complementarias y mutuamente implicadas: la de la intervención como respuesta al pedido de ayuda y como tratamiento del problema, y la de una práctica de investigación directamente vinculada a los procesos de cambio emprendidos por los consultantes. El *posicionamiento clínico* del psicosociólogo es reconocido en función de características bien precisas: la atención a la singularidad de cada caso, la escucha de las interpretaciones que los sujetos mismos hacen de las situaciones que los aquejan, la consideración del nivel inconsciente de los hechos analizados, el propósito de promover la emergencia de los múltiples sentidos atribuibles a esos hechos, el compromiso expreso de contribución al cambio. La necesidad del cambio surge

como efecto del sufrimiento que Lévy atribuye a una *crisis de sentido*. Al respecto, concluye el autor que “...no se trata de una investigación puramente intelectual de saber por saber, del análisis por el análisis, aún cuando el rol y la importancia de la pulsión de conocimiento no deban ser minimizados. El acto de comprender implica efectos de cambio que, si bien no son previsibles, pueden ser determinantes: el proceso desencadenado compromete a todos aquellos que se prestan a él, el clínico incluido, en lo que los constituye como sujetos, las representaciones acerca de ellos mismos, de su pasado, de su porvenir” (Lévy, 1997, p. 19).

Las diversas corrientes que integran la psicopsicología clínica, a algunas de las cuales nos referiremos más específicamente, responden entonces a la perspectiva epistemológica que señalamos, como así también al enfoque y posicionamiento clínicos que acabamos de describir.

### **III. Corrientes de la psicopsicología clínica**

#### *III.1. Prehistoria de la psicopsicología clínica: la psicología de los grupos*

Las problemáticas surgidas a partir de las grandes guerras, y de la instauración de la OCT, generaron importantes temas de análisis para la comunidad científica. Muchos investigadores europeos perseguidos por el nazismo se exiliaron en Estados Unidos y se abocaron al estudio de cuestiones vinculadas a la vida de los grupos y al funcionamiento de las organizaciones productivas. Sus investigaciones, en general de carácter experimental, produjeron conocimientos sobre las dinámicas colectivas que no han sido desmentidos y que inspiraron luego muchos de los desarrollos teóricos y metodológicos de la psicopsicología francesa. Entre esos pioneros se encuentran Elton Mayo, Jacob Moreno, Kurt Lewin, Karl Rogers, W. Bion. En el campo del trabajo sus estudios dieron por tierra con los postulados centrales del taylorismo.

Las investigaciones de Mayo en la Western Electric probarían la falsedad de la idea que la principal fuente de satisfacción de los trabajadores es el salario, y que su productividad dependía de la estandarización de los gestos operatorios y del control de los tiempos, demostrando en cambio el papel fundamental de las relaciones sociales en la vida laboral. La obra de Mayo servirá de base, por un lado, a los métodos manageriales centrados en el desarrollo de la motivación para el trabajo, y, por otro lado, a la *dinámica de los grupos*, la cual recibirá el aporte de los estudios de Moreno y Lewin.

Del primero, creador de la sociometría como forma de medir las interacciones afectivas, familiares, grupales o profesionales, y del psicodrama como recurso terapéutico, lo que nos interesa sobre todo aquí es rescatar su planteo acerca de que el investigador debe constituirse como “observador-participante” integrándose a la situación para analizarla y analizarse en ella. Pero es sin duda Kurt Lewin quien introduce, con la idea de “investigación-acción”, una verdadera revolución en el terreno de las ciencias humanas y sociales. El laboratorio no será ya el lugar más apropiado para observar

al objeto de estudio, este deberá ser “construido” en su medio natural, y el conocimiento de la realidad será posible a partir de su transformación. La premisa de Lewin es la de “transformar para conocer”. La “teoría del campo” elaborada por él se aleja de la concepción aristotélica según la cual la orientación de la fuerza que conduce a un objeto a alcanzar su finalidad depende enteramente de la naturaleza del objeto. Afirmará así que la existencia de ese vector, al que denomina “tensión”, depende de la interacción de una cantidad de factores, en particular de la interacción entre el objeto y la situación. En otras palabras, la tensión desciende recién cuando se ha completado la realización de una tarea, pero esa conclusión no es objetiva, depende de que el sujeto que la realiza la considere terminada en el contexto de una situación particular. La teoría del campo contradice entonces el principio taylorista de que hay una única mejor manera de realizar una tarea (one best way), afirmando que si los sujetos toman vías diversas para su realización esto se debe a que existen multiplicidad de posibilidades según sean los fines perseguidos, los cuales, a su vez, son relativos al campo. Si el grupo es una gestalt que regula la conducta de sus integrantes a fin de mantener un equilibrio estable, para que los cambios sean posible será necesario favorecer la modificación de las conductas a partir de producir en los sujetos una toma de conciencia de las representaciones que actúan en ellos provocando su resistencia, como así también de la necesidad de tolerar un cierto grado de desequilibrio. Lewin demuestra, además, la existencia dos fenómenos esenciales, aunque frecuentemente olvidados, cuando se trata de trabajar en situaciones grupales. Primeramente, que los cambios son mucho menos resistentes por los grupos que por los individuos, y, en segundo lugar, que de las tres formas posibles de conducción –autoritaria, *laissez-faire* y democrática– es la *laissez-faire* la que produce mayor hostilidad, mientras que la democrática es la que permite un mayor desarrollo de creatividad y eficacia. En esta última premisa se basarán luego todas las corrientes de la psicología al pronunciarse en favor del logro de mecanismos de funcionamiento democráticos para los grupos y organizaciones.

El psicoterapeuta Karl Roger, por su parte, señalará los beneficios de los vínculos propiciados por el pequeño grupo. Una coordinación no-directiva – afirma Rogers– posibilita que los individuos realicen sus potencialidades al tomar conciencia y liberarse de esquemas de pensamiento estereotipados, logrando reconocer la existencia de diversas lógicas y valores, desarrollando su autonomía y, por lo tanto, asumiendo conductas de cooperación y de participación democrática.

Los cuatro pioneros de las investigaciones sobre grupos que acabamos de nombrar no solo tuvieron una concepción del hombre muy diferente a la de Taylor, sino que, rechazando los totalitarismos de su tiempo, compartieron un proyecto democrático a cuyo servicio ofrecieron sus descubrimientos.

En lo que concierne estrictamente a los fenómenos propios de la vida de los pequeños grupos W. Bion recurrió al Psicoanálisis para interpretar las fuerzas inconscientes que

hacen de ellos un escenario privilegiado para su expresión (supuestos básicos que se oponen al trabajo grupal). Lo mismo hará Michel Balint quien, interesado en modificar la relación médico–paciente, se dispone a analizar con aquellos profesionales los procesos inconscientes que atraviesan ese vínculo. Un camino similar emprenderá Enrique Pichon–Rivière al organizar los “grupos operativos” para la formación de enfermeras, cuyo propósito fue el de fortalecer las competencias de esas profesionales.

En cuanto a la referencia al Psicoanálisis, que más tarde adoptarán en mayor o menor medida las distintas corrientes de la psicología institucional y de la psicología del trabajo, es Elliot Jaques quien, en su célebre intervención en la Glacier Metal Company entre 1948 y 1970, introduce la aplicación de esta disciplina al estudio de las organizaciones. Sus estudios acerca de los mecanismos defensivos utilizados por los trabajadores para protegerse contra las ansiedades producidas por la tarea, y las formas en que la organización las refuerza, constituyen el fundamento de muchas de las teorías desarrolladas posteriormente.

Todos estos investigadores, y algunos otros que no tendremos oportunidad de nombrar aquí, han realizado una importante contribución al desarrollo de las corrientes de formación/ intervención/investigación a las que nos referiremos ahora.

### *III.2. Corrientes de orientación psicopsicológica clínica*

Las diversas corrientes de formación/ intervención/investigación psicopsicológica de orientación clínica nacen en Francia a fines de los años '60. En la actualidad se reconocen en esa línea de trabajo a los investigadores de la ARIP, Asociación para la Investigación e Intervención Psicopsicológica) y del CIRFIP, Centro Internacional de Investigación, Formación e Intervención Psicopsicológica, como Jean Dubost, Eugène Enriquez, André Lévy, Max Pagès... A esa corriente se suman la Psicología Social Clínica de Jacqueline Barus–Michel, la Sociología Clínica dirigida por Vincent de Gaulejac. También el Sociopsicoanálisis creado por Gérard Mendel y cuyos equipos investigan en el marco de instituciones científicas radicadas en Francia, Canadá y Argentina (AGASP, Asociación de Gestión de Actividades Sociales y Psicológicas (Paris); ADRAP, Asociación de Investigación y de Acción Psicopsicológicas (Niza); Groupe DéSysiph (Montréal); Fundación Gérard Mendel de Argentina (Buenos Aires). La misma orientación, pero esta vez teniendo como eje central de estudio no ya las *instituciones* sino el *trabajo*, adoptará la Psicodinámica del Trabajo, con investigadores como Christophe Dejours, Pascale Molinier, Dominique Dessors... y la Clínica de la Actividad, con Yves Clot y Dominique Lhuillier. En el campo de las Ciencias de la Educación la orientación clínica, inspirada en los desarrollos de Bion y Winnicott, tendrá su centro de formación e investigación en la Universidad Paris X, conducida en sus inicios por Jacky Beillerot y continuada luego por Claudine Blanchard–Laville, Dominique Fablet, y Françoise Hatchuel.

Algunas de estas líneas de trabajo se ubican más cercanas a la Sociología, otras a la Psicología, pero todas ellas reconocen al Psicoanálisis como un referente importante y coinciden en los siguientes puntos:

- El interés por el estudio de la articulación entre las estructuras subjetivas y las estructuras sociales,
- La elaboración de sus marcos teóricos a partir del trabajo en terreno, y de la escucha y acompañamiento de los actores sociales en la definición, el análisis y la toma de decisiones respecto de su propia problemática,
- La afirmación de que el propósito de la intervención es siempre una transformación de la realidad, y a partir de ello, la preocupación por construir dispositivos que prueben ser eficaces para alcanzar ese objetivo,
- La voluntad de promover condiciones institucionales que favorezcan el desarrollo de la autonomía en las personas y los grupos, y que aseguren reglas de funcionamiento de tipo democrático,
- Un trabajo de producción de conocimientos paralelo a la intervención y dirigido al cambio social.

En lo que respecta a nuestro país mencionaremos ahora sintéticamente tres líneas de trabajo bien conocidas y desarrolladas en este medio, y de las cuales podemos dar cuenta ya que han sido nuestros marcos teóricos y metodológicos de formación/intervención/investigación durante los últimos veinticinco años.

En primer término la Psicología Institucional Psicoanalítica, la cual estuvo asociada recientemente al nombre de Fernando Ulloa y Ricardo Malfé, psicoanalistas, ambos, inspirados en los estudios psicosociológicos y, más directamente, en los trabajos realizados, en las décadas de los 60 y 70, por Enrique Pichon-Rivière y José Bleger. Dado que su marco teórico de referencia es el Psicoanálisis, el propósito de la intervención y los dispositivos utilizados remiten a los postulados de esa disciplina. El objetivo principal de este tipo de intervención es promover *un cambio en la posición subjetiva* de los consultantes, a partir de la concientización del nivel inconsciente de las problemáticas productoras de sufrimiento y de efectos negativos tanto para el funcionamiento organizacional, como para relaciones de trabajo, las relaciones jerárquicas, la vida de los grupos, etc. En este tipo de intervención las transferencias se centran en la figura del analista, quien realiza interpretaciones destinadas a la elucidación de las fantasmáticas grupales. La duración de este proceso será variable según la amplitud de la intervención, y el tiempo que requiera cada grupo institucional para elaborar los conflictos analizados y comprender sus múltiples *sentidos*.



El Sociopsicoanálisis fue creado a comienzos de la década del 70 por el médico, psicoanalista y sociólogo Gérard Mendel, quien organiza en 1971 su primer grupo de Investigación/intervención, el Grupo Desgenettes de Paris. Los dispositivos construidos por este equipo tienen por finalidad estudiar los efectos que producen las estructuras sociales en la constitución de los sujetos, en el desarrollo de su *personalidad psicossocial*. Lo que hace del sujeto psíquico un sujeto social –afirma el autor– es el *acto* que lo pone en interacción con el mundo. De lo que se tratará entonces en el tipo de intervención que propone el Sociopsicoanálisis es de crear las condiciones para que los sujetos puedan reapropiarse del poder sobre sus actos y sobre los efectos de los mismos, poder que les fuera cercenado a partir de las divisiones impuestas por la OCT. Para ello los sujetos deberán vencer obstáculos en dos frentes, un frente externo: el de las estructuras sociales representadas dentro de las instituciones por las prescripciones de la organización del trabajo; y un frente interno: el de las imago internalizadas de autoridad que los infantilizan. En este caso las transferencias no están prioritariamente dirigidas a la figura del experto, sino al dispositivo mismo. Es este último el que, estableciendo pautas de funcionamiento para la reflexión grupal, precisas y rigurosas, abre un espacio que, al igual que el *espacio transicional* winnicottiano, posibilitará el descubrimiento y la creación. El interventor–investigador es aquí un *regulador* del proceso, un garante del adecuado funcionamiento del dispositivo. En este tipo de intervención las interpretaciones psicoanalíticas no tienen lugar en las situaciones de campo, sirven para que el equipo de investigadores analice los fenómenos e interacciones grupales observados en el curso de la experiencia, y realice los ajustes al dispositivo que juzguen más pertinentes para el logro de la finalidad perseguida.

La tercera línea de orientación psicossociológica clínica a la que aludiremos es la implementada en el campo específico de la formación–investigación. Como dijimos ya, se trata de dispositivos utilizados en el terreno de las Ciencias de la Educación para la formación superior y continua de profesionales. En la Argentina las figuras pioneras de este tipo de trabajo han sido Ida Butelman, Lidia Fernandez y Marta Souto. Actualmente sus discípulos(as) continúan esa tradición en la formación de grado y posgrado en universidades y en centros de investigación de todo el país.

En la formación de grado los dispositivos grupales utilizados están destinados no solo a lograr que los nuevos conocimientos (los recibidos y los elaborados colectivamente) modifiquen a los sujetos en el plano exclusivamente cognitivo. Esos dispositivos, de carácter grupal, han sido creados para propiciar en los sujetos un trabajo de reflexión sobre ellos mismos que produzca una verdadera transformación subjetiva (Ferry, 1997). En la formación continua el dispositivo de Análisis de la Práctica consiste, en términos generales, en animar la reflexión de un grupo restringido de profesionales de una misma disciplina, pertenecientes o no a la misma organización, pero que realizan prácticas similares. Dicha reflexión versa sobre las temáticas a las que se enfrentan habitualmente y que les plantean una alta exigencia cognitiva y/o emocional. De reunión

en reunión los relatos de experiencias vividas a lo largo del ejercicio de la práctica y su análisis colectivo, permiten que cada uno vaya conformando lo que nosotros hemos dado en llamar el *relato de vida profesional*, relato que puede o no, según los casos, adoptar la forma escrita, pero que supondrá un cambio de perspectiva sobre el problema, y una modificación del propio posicionamiento profesional en relación con él. En síntesis el análisis colectivo del pasado habrá engendrado una “otra historia” que abrirá el camino a una proyección profesional menos sujeta a la repetición. (Blanchard–Laville, Fablet, 2003). El relato autobiográfico individual, así socializado y analizado grupalmente, promueve una movilización identitaria en dos planos que se retroalimentan mutuamente: el del sujeto singular y el del colectivo profesional.

A partir de las formas de trabajo que venimos de describir sucintamente quisiéramos destacar varias cuestiones. En primer término que cuando, en los distintos ámbitos de la vida social, se trate de promover cambios desde una perspectiva psicociológica clínica, tanto a nivel de la subjetividad como de la realidad, el atender a la pertinencia de los *dispositivos* empleados será de vital importancia. En segundo lugar que desde el posicionamiento del clínico la formación, la intervención y la investigación son tres esferas de la práctica en constante interacción, independientemente que en determinados momentos se privilegie alguna de ellas. Finalmente, que si partimos, como nosotros lo hacemos, de la idea de una *causalidad recursiva* entre sujeto y sociedad (Ardoino, 1997), deberemos admitir que las permanencias y los cambios en la estructura psíquica de los sujetos, y los procesos equivalentes en las estructuras sociales, se retroalimentan de manera constante.

### **III. Los dispositivos en la formación–intervención–investigación psicociológica clínica**

Del mismo modo que Freud debió diseñar un dispositivo que le diera acceso al mundo inconsciente de sus pacientes –el conformado por el diván, el sillón y las reglas de asociación libre, atención flotante y abstinencia– los psicociólogos clínicos precisan de dispositivos que posibiliten la emergencia del *sujeto social* capaz de pensarse a sí mismo, de interpretar la realidad en toda su complejidad y de transformarla a partir de sus actos, y todo ello *con* y *a través* de los otros. Es necesario entonces aclarar cómo definimos a esos instrumentos.

Cuando el término “dispositivo” es utilizado en las ciencias humanas y sociales se evoca inmediatamente el nombre de Michel Foucault. Es bien sabido que para este pensador los dispositivos eran aquello que articulaba las relaciones de poder y de saber en la sociedad. La perspectiva foucaultiana de los dispositivos pone el acento en la variedad de los elementos que los constituyen, y en la complejidad de las posibles combinaciones entre ellos. También en el carácter estructural y, por ende, determinante en las relaciones sociales: los sujetos somos actuados, y hasta producidos, por esos

dispositivos materiales–simbólicos–prácticos, los cuales se autogeneran y propagan habitando los cuerpos de manera azarosa.

En el campo de la psicología clínica la concepción de dichos instrumentos es menos fatalista, puesto que se parte de la premisa de que los sujetos, si bien se encuentran fuertemente condicionado por las estructuras, poseen un amplio margen de maniobra en relación con ellas (Castoriadis, 1989). Es así como designamos con este término a un conjunto de elementos heterogéneos, elaborados y combinados de manera tal de contribuir a la producción de un efecto previamente definido. Su carácter es por lo tanto eminentemente estratégico, y sus alcances acotados al objetivo para el cual fueron creados, es por ello que su elección deberá ajustarse a una minuciosa exploración del estado del campo al que serán aplicados. Las estrategias utilizadas por los psicólogos en el campo de la forma/intervención/formación son entonces funcionales a los fines perseguidos, su construcción, además, deberá ser coherente con el modelo de individuo y el ideal de sociedad que se pretenden alcanzar. Y es debido a que los distintos elementos que constituyen los dispositivos encuentran su razón de ser en el corpus teórico de referencia, y en la deontología de la disciplina de origen, que las variaciones o ajustes que se introduzcan en función de las singularidades del terreno, no solo deberán ser justificados técnicamente, sino que implicarán una revisión y reformulación del saber y el hacer científicos establecidos hasta ese momento. Es en este sentido que toda intervención supone simultáneamente un trabajo de investigación. De hecho una particularidad común a todas las corrientes que integran la psicología clínica es que las fronteras entre intervención, investigación y formación son sumamente porosas.

Imposible intervenir en favor de transformar una determinada situación sin haber investigado previamente los factores de todo tipo que la determinaron, y sin estudiar paso a paso los efectos producidos por las acciones instrumentadas, validando, además, las conclusiones parciales a las que se llega con los actores sociales que participan en la experiencia. Una intervención entonces que no estuviera, de principio a fin, acompañada por un trabajo de investigación es tan impensable aquí como pretender que una investigación, que apunta a la construcción de conocimientos que los actores sociales utilizarán para modificar el estado de cosas, no es una forma de intervenir activamente en esa transformación. El hecho que la investigación sea paralela al proceso mismo de la intervención, no impide que, posteriormente a ella, algunos de los fenómenos observados a lo largo de la experiencia, pueda ser retomado como objeto de un estudio específico.

Igualmente difícil resulta separar los pares formación/investigación o intervención/formación. Cualquier proceso formativo se asienta en una tarea investigativa respecto de los objetos estudiados, como así también respecto de la subjetividad del investigador comprometida en esa relación. Al mismo tiempo, si la formación de sujetos

autónomos, capaces de evaluar conjuntamente la realidad y actuar sobre ella es indudablemente una forma de intervención sobre lo social, tampoco puede negarse que una intervención destinada a democratizar los espacios sociales, a favorecer vínculos de cooperación, y a promover organizaciones del trabajo más saludables, está formando sujetos capaces de crear y sostener esas condiciones. Y esto sin desestimar el valor formativo que tiene para el equipo interventor mismo, y para cada uno de sus miembros, el encuentro con el terreno, la superación de los obstáculos que este plantea, y, desde el punto de vista relacional, la tramitación de los vínculos con los destinatarios de la acción y con los propios pares.

Ahora bien, de lo señalado hasta aquí se infiere que la práctica del psicopsicólogo clínico es una práctica compleja por su exigencia de pericia en dos niveles. El primero se refiere a la capacidad de crear condiciones, grupales e institucionales, de reflexión y análisis, que permitan a los sujetos que consultan comprender los múltiples sentidos de los fenómenos que les producen malestar y sufrimiento, elaborar conjuntamente las situaciones penosas, para finalmente decidir y cooperar en la transformación de esas realidades. En ese proceso, cuya duración depende tanto de condiciones materiales, como de la capacidad de insight de los diferentes colectivos, la función del psicopsicólogo clínico será la de guiarlo y acompañarlo con distintos tipos de intervención de acuerdo con el dispositivo elegido, pero nunca la de prescribir acciones o realizar interpretaciones referidas a las personas singulares. En algunos casos las intervenciones/investigaciones apuntarán a que los consultantes logren superar situaciones de conflicto agudo o de crisis, modificando sus formas de funcionamiento y de vinculación en una dirección más acorde a sus deseos. En otros casos las acciones tendrán un propósito netamente preventivo. La segunda exigencia, no menos importante, es la que compromete al propio practicante en la revisión y el análisis de sus propias *implicaciones* respecto de: sus objetos de intervención/investigación/formación, de sus marcos teóricos–metodológicos de referencia, de sus grupos e instituciones de pertenencia, de sus elecciones ideológicas, de la escritura de sus conclusiones... de todo aquello, en fin, que lo sujeta de manera más, o menos, consciente, afectando su comprensión y, por ende, sus actos profesionales. (Lourau, 1975; Hess, Savoye, 1981; Ardoino, 1997; Amado, 2002). Siguiendo la tradición de las investigaciones lewinianas que llevaron a reconocer que el investigador no solo modifica al campo en el que actúa, sino que este último también lo modifica a él, los psicopsicólogos clínicos consideran que su subjetividad se encuentra comprometida en el proceso que conducen y que, por lo tanto, ella es, asimismo, objeto de investigación. El reaseguro para el psicopsicólogo en este sentido es el propio equipo de investigación. En el espacio de *seguridad psicológica* que el colectivo de pares deberá garantizarle, el profesional podrá llevar a cabo el análisis de sus implicaciones y los posibles efectos negativos en sus juicios, a fin de controlarlos.

De cualquier forma lo que está en juego en el proceso de análisis promovido por los dispositivos psicopsicológicos clínicos es la búsqueda de cambios, tanto en la posición

subjetiva de las personas que integran el grupo consultante, como en el poder del mismo para apropiarse de las realidades que no lo conforman y actuar en vistas a su transformación.

#### **IV. El cambio clínico en el campo de lo social**

El cambio, reiteramos, constituye uno de los puntos de encuentro de las diversas corrientes psicosociológicas. Las ciencias humanas y sociales han elaborado diversas teorías y protagonizado innumerables debates acerca de esta temática, cuyas raíces se remontan hasta las elaboraciones de los filósofos presocráticos. En nuestros días la psicología se inspira en diferentes tradiciones referidas al cambio: la de dinámica del cambio, propuesta por Kurt Lewin y heredera a su vez de los postulados de la Gestalt; el abordaje sistémico que estudia los procesos de regulación de un determinado campo; la del cambio planificado para la resolución de problemas, inspirada en la filosofía funcionalista americana; la teoría del desarrollo que, a partir de propuestas como las de Allport y Rogers, conciben al cambio como sucesivas fases de crecimiento; las teorías críticas, de tradición marxista y post-marxista que acusan a las anteriores de ser reproductoras del orden establecido; y la representada por los trabajos del Instituto Tavistock y de psicólogos como Bion, Anzieu y Kaës, que destacan la importancia fundamental de los factores inconscientes e imaginarios como obstáculos o como origen de los cambios.

Actualmente las diversas corrientes de la psicología clínica han coincidido en integrar diversas tradiciones teóricas y críticas sobre el cambio, defendiendo la idea de que “... *la teoría y la investigación en las ciencias sociales y humanas constituyen un motor para la acción y la práctica social (y que) Inversamente el desarrollo de la teoría se apoya en el de la práctica social*” (Rhéaume, 2002, p. 69). En otras palabras, desde esa perspectiva el cambio es pensado en referencia a una *praxis teorizada* o a una *teoría practicada*, rechazando al mismo tiempo las propuestas demasiado voluntaristas que negarían el peso de las determinaciones inconscientes en la conducta de los sujetos y de los grupos.

Preguntarse si lo que se propone la intervención/investigación/formación psicosociológica clínica es favorecer cambios en la estructura subjetiva de las personas para que ellas modifiquen luego su medio, o introducir cambios en este último a fin de que los sujetos modifiquen sus formas de pensar y de actuar, sería caer nuevamente en la vieja dicotomía sujeto/sociedad y negar la causalidad recursiva que sostenemos. No obstante a la hora de definir los dispositivos nos vemos obligados a elegir uno u otro camino, aunque reconozcamos los límites que nos impone cada opción.

Las dos primeras corrientes a las que nos referimos más arriba son ejemplos claros de cómo se escogen vías diferentes para alcanzar el mismo objetivo.

La Psicología Institucional Psicoanalítica opta por producir cambios en la subjetividad de los consultantes a través de la interpretación de la fantasmática común, y de las ansiedades y las defensas colectivas promovidas por ella. Cabe aclarar aquí cómo define la psicología clínica el concepto de posición subjetiva, para lo cual recurriremos a la definición que propone la Psicología Social Clínica: “*La posición subjetiva designa el lugar encontrado, atribuido, o conquistado, dentro de un sistema de relaciones; sistema simbólico familiar y/o social, a partir del cual se enuncian las formas de relación con el otro: generación, consanguinidad, alianza, similitud, diferencia...*” (Barus–Michel, 1996, p. 291). Dicha definición pone el acento en la articulación entre elementos concientes e inconscientes, familiares y sociales, subjetivos y objetivos; marcando al mismo tiempo la relación del sujeto con un objeto real o imaginario, y con el otro. Los cambios en la posición subjetiva se producen por efecto de modificaciones en la economía psíquica, las cuales se combinan con aquellas informaciones nuevas que reemplazan a las antiguas certezas. El Sociopsicoanálisis, por su parte, prefiere introducir modificaciones en el funcionamiento de la organización, a fin de que las mismas propicien cambios en la forma en que sus miembros conciben las problemáticas y su propio poder colectivo para resolverlas.

En el primer caso los límites del dispositivo para el logro los cambios pretendidos a nivel de la realidad, pasarán por la resistencia que algunos de los miembros del grupo puedan oponer a las interpretaciones del analista, y la influencia que esas personas puedan ejercer sobre el resto. En el segundo caso el dispositivo tiene una finalidad precisa: establecer las condiciones necesarias para que, a través de la reflexión entre pares, y la comunicación horizontal y ascendente, mediatizada por el regulador, los participantes comprendan el sentido de sus actos de trabajo y recuperen el poder sobre ellos. La resolución de conflictos no es un objetivo de este tipo de intervención/investigación, cuyo carácter es sobre todo preventivo. Esto significa que cuando la exploración previa de la situación institucional muestra la existencia de niveles muy elevados de conflicto, y que esas situaciones se consideran producto de fenómenos de orden inconsciente, las mismas deben ser trabajadas por otros medios antes de introducir el dispositivo mendeliano. En ambos casos, sin embargo, de lo que se trata es de propiciar la emergencia de sentidos. Sentidos que los sujetos podrán otorgarle a la realidad y a la vida de relación de las que participan en los grupos y las organizaciones, como así también a los roles que han elegido jugar en esos contextos sociales. Sentidos que el analista clínico descubrirá respecto de su propia posición y, en función de los cuales podrá elaborar nuevos conocimientos que contribuyan al campo de su disciplina; el análisis de sus implicaciones le permitirán entonces acceder a un mayor conocimiento de sí mismo, abriéndole por esa intermediación la vía a la producción de conocimientos.

El dispositivo de Análisis de las Prácticas, dispositivo de formación/investigación, pretende, asimismo, que la relación de cada uno con el saber se constituya en una

experiencia significativa, y ello, como ya explicamos, a partir de reconocer el sentido que esa relación ha tenido a lo largo de su trayectoria vital, y tiene, o no, en el aquí y ahora. Si este tipo de formación/investigación de orientación clínica opta metodológicamente por los abordajes autobiográficos y el estudio de casos, es porque el formador se propone, no solamente favorecer en los sujetos en formación ese encuentro significativo con el saber, estudiando al mismo tiempo la singularidad de cada caso en todas sus facetas, sino encontrar a partir de allí “...un camino posible, incluso privilegiado, hacia el conocimiento de lo universal” (Legrand, 1993, p.172). En esta última línea de trabajo podemos ubicar los Seminarios *Novela familiar y trayectoria social* conducidos desde la Sociología Clínica por Vincent de Gaulejac. Sus objetivos explícitos son los de llevar adelante un trabajo colectivo sobre la *implicación* –cada uno de los integrantes compartirá y analizará su propia historia personal, familiar y social– y de *investigación*, dado que se trata de producir grupalmente hipótesis explicativas acerca de los procesos vitales relatados por un sujeto. Esas hipótesis que vinculan los distintos elementos de la historia relatada, al ser validadas y, por lo tanto, apropiadas por el narrador, producen en él un efecto de verdad sobre sí mismo capaz de modificar la relación que mantenía hasta allí con su propia historia; el cambio subjetivo generado en ese proceso prueba el carácter formativo del instrumento autobiográfico. Las hipótesis referidas inicialmente a la historia singular de un sujeto se convertirán luego en hipótesis teóricas a medida que en el trabajo de análisis grupal puedan demostrar su pertinencia para la comprensión de otras historias (de Gaulejac, 1999).

#### *IV.1. El cambio clínico en una experiencia de intervención*

El caso que elegimos presentar aquí es el de una intervención llevada a cabo a lo largo de dos años y medio en el Servicio Social de un centro de salud del conurbano bonaerense. La demanda es presentada por la Jefa del Servicio en nombre de sus integrantes. Consistía en un pedido de acompañar la reflexión de ese colectivo profesional sobre los desafíos a los que los exponía la tarea. Se propone entonces un dispositivo de Análisis de la Práctica con encuentros quincenales de dos horas. En el curso de los mismos surge como problemática central –ya verificada en otras intervenciones realizadas en instituciones asistenciales– el malestar provocado en el equipo por la imposibilidad de coordinar acciones con el personal médico. Los médicos –afirma el equipo– no tienen idea de cuáles son las competencias de esta profesión y tienden a derivarles todo aquello que no son capaces de resolver. En este sentido los(las) participantes admiten no haber participado nunca de las jornadas anuales organizadas por el hospital central del que depende el centro, y si excepcionalmente alguna persona del equipo presentó un trabajo en ese ámbito, lo hizo sin informar al resto de sus colegas. Los enfrentamientos con los médicos son frecuentes por las diferencias de criterio en cuanto al trato de los pacientes y de sus familiares. Algunos(as) de estos(as) profesionales han protagonizado escenas violentas durante esos intercambios, otros(as) evitan sistemáticamente el encuentro. Todos comparten la representación según la cual los médicos son una categoría profesional solo interesada en ocuparse de las patologías,

incapaces de considerar la singularidad de los pacientes en lo referido a su condición psíquica y social. En los primeros meses de trabajo el enojo del grupo se agudiza, los relatos que prueban la insensibilidad de los médicos se repiten. Algunos se plantean incluso denuncias legales. El análisis sostenido de cada uno de esos episodios provoca, al cabo de varios meses, que algunos(as) de los(las) participantes comiencen a interrogarse acerca de las propias estrategias utilizadas para comunicarse con los médicos. En el encuentro en que el grupo parece haber llegado a concebir la idea de que los médicos experimentan también una carga psíquica importante en su tarea cotidiana, y que esas tensiones pueden ser el origen de mecanismos defensivos cuya manifestación les produzca el rechazo del que hablan, una de las profesionales exclama con enojo que comprender a los pacientes y sus familiares ya es suficientemente duro como para que se pretenda que comprendan también a los médicos. Esta persona abandonará luego el dispositivo. El resto mantuvo con regularidad su presencia y los relatos acerca de la relación con los médicos fueron perdiendo el carácter belicoso que tuvieron inicialmente. El reclamo por el reconocimiento de los otros se desplazó hacia el interior del propio equipo. Los(las) nuevos(as) se quejaban de no ser suficientemente tenidas en cuenta por los(las) más veteranos(as), estos(as) se lamentaban de que su experiencia no fuera suficientemente valorada por los(las) más jóvenes. Esos fenómenos fueron analizados, en el curso de los encuentros, con las herramientas conceptuales que ofrecen la Psicodinámica del Trabajo (Dejours, 2013) y la Clínica de la Actividad (Clot, Lhuillier, 2011) para pensar las exigencias psíquicas de la tarea en las llamadas “profesiones del cuidado” (Molinier, 2013). Esa puesta en común y conceptualización de la práctica condujo a que en el último año de intervención se produjeran dos movimientos importantes respecto de los temas que acabamos de describir. Por un lado se concertó un acuerdo sobre quienes se presentarían a concurso para suceder a los(las) profesionales que se jubilaban. Al partir estos últimos recibieron el reconocimiento expreso de todo el equipo, la nueva jefatura fue, asimismo, legitimada por el conjunto. Las diferencias internas que en un comienzo solo podían ser silenciadas, o daban lugar a enfrentamientos, lograron ser aceptadas y valoradas por unos y otros. En segundo lugar, algunos miembros del grupo comenzaron, ya en el segundo año de la intervención, a presentar trabajos en la jornada hospitalaria anual. Al finalizar el tercer año, organizaron una jornada propia en la que presentaron un libro donde relataban y analizaban las experiencias profesionales del equipo. A esa jornada asistieron un gran número de colegas médicos que expresaron su respeto y admiración por el trabajo del Servicio.

Esta intervención, cuya singularidad exigió repensar las categorías conceptuales propuestas por el marco teórico que le sirvió de referencia, fue el disparador para diseñar una investigación acerca del reconocimiento en la práctica del Trabajo Social, actualmente en marcha en el marco de los proyectos UBACyT.

#### *IV. 2. El cambio clínico en una experiencia de formación*

Este es el caso de una formación continua transitada durante dos años por el equipo docente de tres cátedras de la universidad pública, cuya orientación es psicosociológica.



Desde el comienzo de la experiencia los docentes estuvieron informados de que el material, recogido en los encuentros mensuales dedicados a reflexionar sobre las implicaciones personales respecto de dos ejes previamente reconocidos por el colectivo como centrales en el análisis de su práctica – la relación con el saber y la relación con la autoridad– sería el insumo para una investigación. Con ese propósito los testimonios individuales, y las discusiones grupales fueron grabadas. Posteriormente un subgrupo de este equipo procedió al análisis del material, categorizándolo y sometiéndolo al método de análisis de contenido. Esta investigación tuvo como objetivo testear la eficacia del dispositivo de formación/investigación implementado. Los resultados de ese estudio UBACyT, en lo referido a los avances producidos por el dispositivo en el posicionamiento de cada uno y en el funcionamiento como equipo, fue validado por el conjunto de los docentes en las reuniones de cierre de la experiencia, y fueron los siguientes:

- La elaboración colectiva permitió a cada docente comprender cuáles de los elementos analizados provenían de sus respectivas historia vitales, cuáles estaban vinculados a las condiciones socio–histórico–institucionales en las cuales se desarrolla su práctica común, y cuáles ligados a la naturaleza misma de este tipo de profesión.
- El logro progresivo de un mayor nivel de concientización de los factores de orden psicosociológico que explican las significaciones que cada docente atribuye a su relación con la tarea pedagógica, con los contenidos de las materias dictadas, con su posición dentro de las cátedras, con el resto del equipo docente, con los estudiantes y con la institución académica.
- La comprensión de la lógica que guía la práctica profesional de cada uno de los colegas, dio lugar a una mejor integración de las duplas docentes que en esas materias conducen las clases de trabajos prácticos, como así también entre dichos docentes y el staff de las cátedras.
- El conocimiento de las trayectorias docentes de las personas con mayor antigüedad en el ejercicio de la práctica pedagógica, aportó a los profesionales más noveles elementos para repensar sus prácticas actuales y su futuro profesional en el ámbito académico.
- Los puntos en común grupalmente detectados permitieron que el conjunto se reconociera como colectivo profesional docente, independientemente de otros roles profesionales desarrollados de acuerdo con las distintas disciplinas de procedencia, en ámbitos extraacadémicos.

Estos son solo dos ejemplos de una práctica de formación/intervención/investigación de orientación psicosociológica clínica que en nuestro país, desde los trabajos de Pichon-Rivière y de Bleger hasta nuestros días, ha sido sostenida por cuatro generaciones de profesionales.

### A modo de síntesis

El recorrido teórico-práctico que el presente texto ha intentado, ratifica la concepción psicosociológica de la *clínica* en primer lugar, como una perspectiva, un tipo de abordaje particular de un objeto de intervención/investigación. En segundo término, como un tipo de posicionamiento por parte del practicante/investigador, quien es convocado por un grupo social para acompañarlo en el proceso de análisis de situaciones que les resultan enigmáticas y/o obstaculizan su capacidad para pensar y actuar. Los dispositivos varían de acuerdo con la dirección que las distintas corrientes que integran la psicosociología elijan para guiar las transformaciones deseadas por los sujetos de la demanda; cambios que involucran tres niveles a la vez diferentes e indisolubles: el de la subjetividad de esos sujetos, el de los vínculos entre ellos, y el de sus condiciones de vida y de trabajo. Ese proceso de análisis colectivo, conducido por uno o varios profesionales, que se toman a ellos mismos como objeto de las investigaciones asociadas a sus prácticas de campo, tiene necesariamente una faceta formativa en la medida en que cada uno se ve compelido a revisar los condicionamientos de todo tipo a partir de los cuales, y en ruptura respecto de los cuales, ha ido construyendo su rol profesional. Pero el abordaje clínico caracteriza, asimismo, dispositivos cuya función es prioritariamente formativa, ya sea que se trate de experiencias de formación inicial o continua. En todos los casos el trabajo clínico supone la elaboración teórica de una práctica, esto es, la estrecha asociación entre construcción de conocimientos y acciones dirigidas al cambio.

Hemos señalado, además, que el Psicoanálisis aparece como una matriz reconocida por todas las ciencias humanas y sociales que defienden su estatuto de clínicas. En lo que concierne a la relación teoría-práctica los procedimientos clínicos de las corrientes psicosociológicas no difieren en lo esencial del dispositivo freudiano en el hecho de que aquel, partiendo de la singularidad del estudio de caso, se revelaba apto para la producción de conocimientos. El rasgo común en este punto es también que si bien el dispositivo se presenta como el instrumento destinado a producir un efecto determinado: la emergencia de deseos y afectos vinculados a recuerdos reprimidos en el caso de la cura psicoanalítica; la comprensión y elaboración de las experiencias reflexionadas grupalmente, en el caso de la intervención psicosociológica, ambos tipos de encuadre abren la posibilidad de que surja lo imprevisto, y es por ello que la teorización siempre implicará un cierto *après coup*. Igualmente ambos procesos de análisis estipulan una suspensión de la acción. En el análisis grupal en las intervenciones psicosociológicas no se toman decisiones in situ, los nuevos sentidos descubiertos funcionarán como pistas que serán luego retomadas en los contextos habituales de discusión de esos grupos (reuniones de equipo, asambleas, encuentros institucionales...) y será allí donde se organicen las acciones destinadas a los cambios contextuales deseados.

No obstante las diferencias entre la cura psicoanalítica y la intervención psicosociológica no pueden ser minimizadas.

La intervención/investigación psicosociológica no está dirigida a diagnosticar ni tratar patologías. Las disfunciones, las crisis y la violencia vividas por los grupos y las instituciones pueden ser ciertamente patógenas para sus miembros, pero son ellos quienes enferman, no los ámbitos colectivos. Desde la perspectiva psicosociológica a la que nos referimos el análisis no se centra exclusivamente en la dimensión psíquica de los problemas planteados, ya que esto supondría ignorar la complejidad de los mismos, desconocer el peso de sus determinaciones culturales, políticas, económicas... En este caso los señalamientos e interpretaciones del clínico no están dirigidos a anticipar los vínculos entre esos diferentes registros, esas relaciones deberán ser formuladas por los integrantes del grupo en el curso de sus reflexiones ya que, a partir de allí, estarán íntimamente vinculadas a las acciones que se pongan en marcha.

Para concluir, provisoriamente diremos que la clínica de lo social, al igual que la clínica psicoanalítica, pone el acento en la existencia de *otra escena* cuyos sentidos son al menos tan importantes como los datos de la realidad ofrecidos a la simple observación sociológica. Es en función de ello que desde la perspectiva de la psicología clínica se considera que la dimensión imaginaria de los fenómenos analizados está atravesada por los deseos y estrategias defensivas de los sujetos y de los grupos, elementos que deberán ser materia de investigación. Pero los cambios que los dispositivos de la clínica psicosociológica pretenden propiciar no están solamente referidos a la subjetividad/intersubjetividad, sino también a la transformación de la realidad concreta, y esta es, sin duda, una diferencia importante con los propósitos del dispositivo psicoanalítico. Es así como los dispositivos de la clínica psicosociológica han sido concebidos de manera tal que esa doble investigación sea llevada a cabo por los integrantes mismos de los grupos u organizaciones que plantean la demanda. La apuesta de los abordajes clínicos de este tipo es que por la vía de un trabajo de exploración sobre sí mismos, y sobre los distintos factores que conforman la realidad que los afecta, los sujetos logren progresivamente reconocerse como sujetos deseantes singulares, como sujetos de su historia, y, al mismo tiempo, adquirir poder sobre los actos transformadores de las situaciones pasibles de producirles sufrimiento y enfermarlos. Trabajo este que por su amplitud y complejidad nunca podrá considerarse completamente acabado.

### **Bibliografía**

Amado, G. (2002). Implication. En En Barus-Michel, J.; Eriquez, E.; Lévy, A. *Vocabulaire de la Psychosociologie*. (p. 367-374).

Ardoino, J. (1997, noviembre). *La implicación*. Conferencia impartida en el Centro de Estudios sobre la Universidad en la UNAM. Universidad de Buenos Aires (mimeo).

Barus-Michel, J. Giust-Desprairies; F.; Ridet, L. (1996). *La crise. Approche psychosociale clinique*. Paris : Desclée de Brouwer.

Blanchard-Laville, C.; Fablet, D. (2001). *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*. Paris: L'Harmattan.

Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.

Clot, Y.; Lhuillier, D. (2011). *Travail et santé. Ouvertures cliniques*. Paris: Érès.

de Gaulejac, V. (1999). *L'histoire en héritage*. Paris : Desclée de Brouwer.

de Gaulejac, V. (2009). *Qui est «je»?*  Paris: Seuil.

Dejours, Ch. (2013). *Travail vivant*. Paris: Payot.

Enriquez, E. (1992). *L'organisation en analyse*. Paris : PUF.

Ferry, G. (1997). *Pedagogía de la formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas. Facultad de Filosofía y Letras. U.B.A. Formación de Formadores, serie Los Documentos N° 6.

Foucault, M. (1983). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

Hess, R.; Savoye, A. (1981). *L'analyse institutionnelle*. Paris : PUF.

Legrand, M. (1993). *L'approche biographique*. Paris: Desclée de Brouwer.

Lévy, A. (1997). *Sciences cliniques et organisations sociales*. Paris : PUF.

Lourau, R. (1991). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Paris: Érès.

Malfé, R. (1994). *Fantasmata. El vector imaginario de procesos e instituciones sociales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Mendel, G. (1981). *Enquête par un psychanalyste sur lui-même*. Paris: Stock.

Mendel, G. (1981). (1993). *La sociedad no es una familia*. Buenos Aires: Paidós.

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris: La Dispute.

Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Pagès, M. (2006). *L'implication dans les sciences humaines. Une clinique de la complexité*. Paris: L'Harmattan.

Prades, J.-L. (2015). *Figures de la psychosociologie*. Paris: L'Harmattan.

Rhéaume, J. (2002). *Changement*. En Barus-Michel, J.; Eriquez, E.; Lévy, A. *Vocabulaire de la Psychosociologie*. (p. 65-72).

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

*Fecha de recepción: 14/04/16*  
*Fecha de aceptación: 15/05/16*