

Taller de *Inter-Visión* clínica

Aporte a una actualización clínica permanente e interminable

Ricardo Carlino¹

Introducción.

La tarea de supervisión clínica grupal puede tener diferentes finalidades y estructuras de funcionamiento. Su objetivo básico está en aportar a la elaboración de material clínico de un proceso analítico poniendo énfasis en la comprensión y el desempeño del rol “analista” trabajando en una sesión.

Modos de funcionamiento:

- a) Una de ellas, se da a partir de la elaboración de un analista convocado al respecto donde su comprensión suele ser tomada como punto de referencia y como eje sobre el que gira el diálogo grupal. La elaboración rectora de este analista lidera la elaboración de la denominada “supervisión” o elaboración clínica. (Funcionamiento en “**rueda de carro**”). (Carlino, R. 1990).
- b) Otra estructura de funcionamiento consiste en promover una elaboración grupal basada a partir de los aportes individuales de los participantes. (Funcionamiento “**circular**”) Ésta consiste en un trabajo de ejercicio clínico elaborado grupalmente donde ya no comanda la comprensión inicial de un “supervisor” sino que la tarea elaborativa está en situación de permanente evolución a partir del aporte de cada uno de los participantes. A esta manera grupal de elaboración, es a la que me refiero con el título de esta presentación: **Taller de *Inter-Visión* clínica”.**

Un poco de historia

Esta presentación está basada en una experiencia de elaboración clínica grupal institucional habilitada para los miembros de (APdeBA) en la que participé desde comienzos del año 2001 hasta fines de 2015 en que tuve que renunciar debido a mi radicación en la Ciudad de México.

A los dos años de haber estado participando en el diálogo clínico, percibí la riqueza que brindaba este trabajo grupal de elaboración. Pude ir observando también que esta experiencia grupal institucional promovía un sentimiento de camaradería desarrollado por el intercambio dado en un clima de compromiso en el que el diálogo acontecido allí entrelazaba el ejercicio de razonamiento clínico con los colegas participantes y con la institución. Esto que iba descubriendo me llevó a

¹ Miembro Titular Sociedad Psicoanalítica de México (SPM)
Miembro Titular (Socio vitalicio) Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA).
ricarlin@gmail.com
Móvil: +52 55 3920 0471

escribir un artículo con el ánimo de entenderlo conceptualmente mejor y difundirlo a otras instituciones. Una de ellas fue en ocasión del VI ENCUENTRO DE INSTITUTOS DE AMÉRICA LATINA realizado en Santiago de Chile. (Carlino, R. 2003). Allí presenté un artículo sobre su estructura y funcionamiento.

Una de las colegas que también integró el grupo desde su inicio (Vidal, 2008) presentó también una ponencia sobre el mismo tema en el XXVII Congreso FEPAL realizado en Santiago, Chile en el 2008, por lo que la convoqué a este ateneo a participar conceptualmente sobre este tema.

Con el correr de los años, dicho con más precisión, con el desarrollo evolutivo de nuestra experiencia, el grupo pasó a funcionar espontánea y progresivamente con una estructura y modo de funcionamiento diferente.

Transformación evolutiva: Pasaje de Grupo de *Super*-visión a Taller de *Inter*-visión clínica.

En su comienzo el grupo operaba con la estructura y el objetivo de una **Supervisión Clínica** de una sesión de análisis realizada en un contexto grupal, como lo describí en el punto **a) (rueda de carro)**. En ella concurría como supervisor un destacado analista invitado convocado por la institución, rol éste ejercido en forma rotativa, cambiando cada cuatro reuniones por otro. Con el correr del tiempo la experiencia acumulada con su desarrollo y crecimiento, el grupo se fue transformando en un “Taller de *Inter*-visión clínica”. Su objetivo siguió siendo la elaboración de material clínico pero, a partir de esta transformación, desaparece el rol de supervisor y se decide invitar a un analista elegido por los propios participantes en calidad de *analista invitado*.

A partir de este cambio, el valor participativo de sus miembros comenzó a tener una jerarquía conceptual simétrica u horizontal que alcanza también al rol del analista invitado, aunque por su condición de tal, el grupo le dedica una especial atención a su opinión clínica pero no por ello su participación marca una línea interpretativa a la elaboración grupal. A partir de este cambio el grupo comienza a concebirse en situación de *mentalidad grupal* (Bion, W. 1948). El analista invitado es considerado como tal por el sentido de su incorporación y su transcurrir pasajero. En algunas ocasiones, de otra institución psicoanalítica.

El transcurrir de un trabajo de esta clase, en la que los estados adultos y diferenciados de la mente alternan con momentos regresivos y primarios que reaccionan contratransferencialmente para la comprensión de lo latente del material, la presencia del analista invitado tendería a evitar o amortiguar que el grupo trabaje en actitud de *supuesto básico* (Bion, W., 1948) que facilitaría un funcionamiento cerrado y paralizado en su capacidad de trabajo elaborativo, lo que a lo largo del tiempo promovería el desarrollo de un grupo sectario narcisísticamente autoalimentado.

Para completar información sobre mi *background* sobre esta materia y con el fin de respaldar mi propuesta, quiero aportar algo más de información acerca de mi participación en dos grupos más, de similar y afín objetivo de trabajo grupal.

En el año 2003 y debido al entusiasmo que en mí provocó esta experiencia y también a la resonancia que tuvo en el mencionado “Encuentro de Institutos, en Chile”, me motivaron a convocar a otro grupo con similar objetivo que funcionaba por invitación específica en forma privada. Al igual que el de APdeBA, funcionaba 1 (una) vez por semana y continuó ininterrumpidamente desde su inicio y aún más allá de mi propia participación que, como antes señalara, se interrumpió a fines del 2015 con mi migración a la Ciudad de México.

Comenzó a funcionar con un diferente encuadre inicial, no institucional, con colegas “amigos” - condición ésta imprescindible para pertenecer- motivados a intercambiar experiencias clínicas con los analizantes que se percibían de muy difícil abordaje y que muchas veces no son presentados en una institución porque, en oportunidades, es el propio analista quien está en el centro de la opinión elaborativa.

Una tercera experiencia con similares objetivos, aunque esta vez focalizados en el psicoanálisis mediado por telecomunicación, funcionó durante tres años de ininterrumpida labor, como “Taller Internacional sobre Psicoanálisis a Distancia”, vía Skype, en el que se elaboraba exclusivamente material clínico de esa cualidad. En el mismo participaban colegas de Argentina: (Buenos Aires y Provincia de Córdoba; España: (Madrid y Galicia) y México: miembros de Sociedad psicoanalítica de México (SPM) y de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y dos integrantes que eran en ese momento analistas en formación del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM) de APdeBA que, una vez egresadas llevaron esta experiencia a Hermosillo, México y a Lima, Perú, sus respectivos países de origen.

Propósitos y objetivos de esta presentación

Promover en las actuales y las nuevas generaciones de APdeBA la continuación e intensificación de esta tarea de *Inter-Visión* clínica, la que ha mostrado a ultranza su riqueza clínica.

Basado en la experiencia descrita y adecuándola a lo que vislumbro como propicio a este específico y actual momento, describiré a continuación el modo de funcionamiento, la estructura, y la ética de comportamiento que propongo a partir del acta de fundación y durante su desarrollo evolutivo.

Un Taller de *Inter-Visión* Clínica, promovido por APdeBA es un recurso que ésta ofrece con fines de instalar un *locus* institucional de **actualización permanente** de sus miembros, promoviendo concomitantemente el desarrollo de lazos de camaradería institucional.

Con una actividad de estas características la institución ofrece un “bien” a sus asociados para que estos lo desarrollen y encuentren simultáneamente un beneficio de crecimiento profesional. De resultar fértil esta tarea, el Taller de *Inter-Visión* Clínica, a su vez, con sus logros está ofreciendo otro “bien” a la Institución al enriquecer la vida intra-institucional debido, precisamente, a la **actualización permanente** que sus asociados desarrollarían y simultáneamente usufructuarían como actores y beneficiarios.

En esta tarea de elaboración clínica están convocados a protagonizar cada uno los miembros de la institución con su propio *background* y su diversa afinidad a las distintas corrientes doctrinarias del psicoanálisis y a su propia elaboración específica para cada ocasión.

Es digno de destacar que abordajes de esta naturaleza tan específica aportan a la construcción del espíritu de cuerpo que es adecuado y pertinente promover, alcanzar y, sobre todo, sostener entre los miembros componentes de una institución.

Para pertenecer a este espacio de elaboración clínica se requiere un acercamiento a esta tarea con una actitud ética y madura que ponga a ésta y a quienes la practican a resguardo de la actuación de sentimientos regresivos posible de aflorar.

El trabajo grupal con material clínico podría resultar a veces muy movilizante y, según pienso yo, cuanto más, mejor, siempre y cuando se pueda objetivar lo que nos invade subjetivamente.

Sabemos que en la vida emocional de un grupo es posible pasar por momentos de funcionamiento en actitud de “supuesto básico” (Bion, W.,1957₂), que perturbaría la tarea con continuos consejos pragmáticos, la imposición de oposiciones doctrinarias que entorpecen al pensamiento creativo y a la “asociación libre” con posturas de “comprensión cerrada” (García Badaracco, J. 2009), o con ataques envidiosos a la tarea (Klein, M.,1957), elementos éstos que se oponen a la finalidad epistemológica del Taller.

A continuación, expongo esquemáticamente los objetivos de esta propuesta:

- 1) **Continuar estimulando** la actividad de intercambio clínico entre colegas con el fin recrear espacios oferentes de **formación permanente** nutriente tanto a la institución como a los miembros participantes. Es de suponer que, ya sea para quien presenta una sesión o para todos, se abordará material clínico de analizantes de “difícil acceso” y/o “severamente perturbados”, según conceptualizaciones de Joseph, B (1977); Rosenfeld, David (1992; Carlino, R. (1992). Partiendo de esta premisa, se pretendería llegar a la parte más humilde y reflexiva de los colegas, lo que haría lugar para traer a la elaboración clínica del Taller sesiones con analizantes que son difíciles y que el analista necesita compartir su comprensión en la elaboración del Taller. Esto conlleva a que el analista sienta legítimo y adecuado llevar al grupo a un analizante con el que tiene problemas de abordaje, incógnitas y preguntas sin poder resolver.
- 2) **Favorecer** la producción personal y/o grupal oral en el Taller así como escrita, una vez llegada y/o creada la oportunidad de hacerlo.
- 3) **Promover** una conceptualización clínica sobre la tarea como grupo *inter-colegas* a partir de una oportuna auto-reflexión del trabajo realizado.

Organización de la tarea.

En la conformación del grupo se trata de incluir a *miembros con distinto grado de formación y de pertenencia institucional*, de quienes se espera, en la medida de sus posibilidades, una participación activa al momento de pensar y elaborar material clínico.

Ya sea con intención manifiesta o producto de un resultado espontáneo es conveniente que en el grupo haya colegas con formación en diferentes corrientes analíticas con el objetivo de conformar un equipo en el que las distintas líneas teórico-clínicas que circulan en la Institución estén representadas para recrear en la discusión un panorama lo más amplio posible de los diferentes modos de pensar un material clínico fundamentado desde diferentes ópticas conceptuales con miras a la confrontación y discusión de esas distintas posturas clínicas.

La metodología de trabajo será discutida y decidida por el mismo grupo quien nombrará a un coordinador-administrador entre sus miembros, que rotará periódicamente.

Bases contractuales

El contrato de trabajo se va estructurando en dos etapas. La primera implica una convocatoria institucional dirigida ya sea a todos los miembros o hacia algunos colegas en particular, según se decidiera, con las características de diversidad antes enunciadas. En esta primera etapa convocante deberán estar explicitados los objetivos y el espíritu epistemofílico de aprendizaje y actualización permanente que se espera, proponiendo que en este tipo de trabajo colectivo no haya jerarquías conceptuales preestablecidas sino que la misma habrá que encontrarlas en los aciertos y también

desaciertos de las intervenciones aportadas que, en primera y en última instancia, servirán para apoyarse en ellas y seguir una elaboración grupal interminable que solo encuentra su límite en la hora de terminación. Se propondrá que para poder participar es necesario funcionar con el nivel ético que corresponde aplicar a toda tarea clínica, en cuanto a reserva o “secreto” profesional y comportarse con respeto y consideración por el encuadre de trabajo y por la opinión de los otros del grupo. Sólo los que acepten sin reservas estas condiciones podrán ser incorporados a participar en el grupo.

En un segundo momento, una vez ya constituido cada Taller de *Inter-Visión Clínica*, de ser necesario, cabría la posibilidad de reformular el contenido contractual de la convocatoria, esta vez como acuerdo entre sus componentes, de manera que ya no sólo sea una condición para poder participar sino que el compromiso deja de ser un enunciado vertical de la institución convocante sino que funcionaría como un compromiso tomado **entre** sus participantes.

Debido a que se trata de un grupo de analistas, entre todos sus integrantes se irá armando y estableciendo el encuadre que sus miembros consideren conveniente y pertinente al desarrollo de la tarea.

Una posibilidad que hoy se agrega a la experiencia realizada antaño por mí, es la posibilidad de que algunos Tallerers puedan funcionar en un zoom privado, sin grabación, para que no queden testimonios que afecten la confidencialidad por un lado y, además, porque esta experiencia es conceptual-afectiva e irrepetible.

La posibilidad de que se realice por medio de plataformas de comunicación aumenta la probabilidad de participación, pues evita el tiempo de traslado a la institución.

¿Cuál es el material que se trabaja?

En esta experiencia grupal hay que considerar la presencia de dos tipos de “material”:

- a) **material clínico proveniente del relato de una sesión** por el analista. Se corresponde con el diálogo habido en ella, más los comentarios contratransferenciales, es decir, **el material clínico**, *primum movens* del trabajo de cada reunión. Representa lo acontecido verbal y anímicamente en la sesión entre el **analizante y el analista reales**, lo que pone en situación de actitud de “atención flotante” a cada uno de los participantes y también a la **mentalidad grupal** (Bion, W., 1948) del Taller. Esta manera de considerarlo pone en juego no sólo a los dicho por el analizante sino también al diálogo acaecido en la dupla.
- b) **material proveniente del diálogo entre colegas**, en el que se considerará lo manifiesto y, de tener cabida, lo latente que cada uno percibe. Cuando sea considerado oportuno y conveniente, será expresada la fuente de la que proviene. A partir del relato del **material clínico** el grupo irá construyendo otro material que aquí denomino **material proveniente del diálogo** acaecido entre los colegas. Se tendrá también en cuenta si surgen bromas, enojos, olvidos, lapsus, tarea esta última muy delicada, que sólo puede llevarse a cabo si la madurez psicoanalítica del grupo puede solventarla.

Es importante tener en cuenta que entre el *analizante real* y el *re/creado* hay **transformaciones** (Bion, W. 1965). La primera de ellas es entre el analizante “real” y el relato hecho por el analista. El **analizante real** no está en el relato escrito sino sólo una *re/presentación* del mismo, es decir, el grupo trabaja sobre un **analizante** que mediante un proceso de “virtualización” se lo ha

transformado a partir de su cualidad de “real” devenido en “posible”². Debido a que el grupo se constituye sobre bases contractuales éticas, tomaremos de allí la confianza necesaria para atribuirle al material presentado la cualidad de una re/presentación de lo que sucedió en la sesión mediante el proceso de virtualización aludido.

Sinergia productora de un pensamiento grupal

Lo que se va conceptualizando sobre el *material clínico*, se constituye como *material del diálogo* el cual estará en situación y en actitud de constante evolución elaborativa, lo que lo habilita a que con el mismo se atrevan a jugar diferentes hipótesis interpretativas, pues con éstas no se tiene la responsabilidad de conducir un tratamiento. Es al analista *presentante* a quien le corresponde procesar si lo que se va afirmando articula o no con lo que conoce de su *analizante real* en la situación analítica de ambos.

Este pensamiento grupal no pertenece a la autoría individual de ninguno de los participantes sino a la amalgama evolutiva de los distintos momentos de estados de pensamiento que pueden ser considerados como un *ensueño conceptual grupal* que, debido a la complejidad de su contenido lo ubica en situación de *reformulación secundaria* proveniente de algunos aportes asociativos inconscientes rescatados y hechos explícitos y aptos para dicha elaboración secundaria.

La riqueza habida en este tipo de producción grupal la ofrece el hecho de que, aunque no haya un grado de formación uniforme, todos los miembros del grupo aportarán desde su experiencia tanto personal como profesional aquilatada por el marco teórico con los que cada uno aproxima su mirada al material clínico presentado y su propia historia que aportará a su contratransferencia. Esta amalgama de diferentes perspectivas clínicas surgida desde múltiples *para/contratransferencias* produce la creación de un **específico marco teórico**, creado *ad hoc*, es decir, creado especialmente para encarar lo que puntualmente se está elaborando en cada diferente momento.

Este conjunto sinérgico puesto al servicio de la comprensión del material aporta también a la revisión del pensamiento propio de cada uno habido en la escucha inicial del material clínico. Lleva también a obtener una comprensión imposible de lograrse individualmente.

Resulta muy tentador y a veces se consume la fantasía de llegar a una “conclusión” pero se sabe que tiene la condición de efímera. Aquí no hay compromiso con un analizante. El único compromiso es con el psicoanálisis clínico y con la elaboración de material clínico. Es decir, estamos en el campo del pensamiento y no de la acción.

Estos finales dejan activamente estimulados a los participantes que en el momento de despedida y cierre de la *mentalidad grupal* cada uno retorna a su condición individual –al sí mismo– y continúa pensando con su mente propia en las ideas surgidas y en las pendientes de desarrollo.

Es de desear que en el analista presentante, este volver a sí mismo se da con mucha mayor intensidad, pues ahora debe efectuar una nueva *transformación* de lo elaborado en el grupo sobre el *analizante representado*, para seguir trabajando con su *analizante real*.

² Para más detalles sobre virtualización, consultar en la Web el libro digital de Levy, Pierre, 1999. Una síntesis de estos conceptos puede hallarse en Carlino, R. 2010

Algunas reflexiones sobre la experiencia

Se espera que todos los integrantes del grupo conciban a esta tarea como una experiencia de actualización y maduración del pensamiento psicoanalítico. Se espera también una actitud adecuada que le dé a esta tarea y a cada participante un sentido de pertenencia al psicoanálisis y a la institución. La práctica allí creada y establecida se la puede concebir estando constituida por un aspecto común a otros grupos similares y otro singular e irrepetible: la experiencia atravesada por cada Taller

La elaboración habida en el grupo puede ser concebida como una evolución habida a partir del trabajo de re-significación que se lleva a cabo entre analista y analizante durante una sesión individual y el trabajo de los integrantes del grupo de *descubrir* y también *producir* múltiples significados. Al respecto Pierce, Ch. (2015) considerado el padre de la semiótica moderna, postula que todo objeto conceptual contiene potencialmente la posibilidad de convertirse en un signo que puede representar a otro objeto, el que a su vez puede trocarse en otro signo que representará a otro objeto y así sucesivamente. A este proceso de múltiples semantizaciones lo denominó “semiosis ilimitada”.

Al saber que no hay responsabilidad directa con el analizante real por el destino de lo hablado, ello hace posible desarrollar **toda la riqueza potencial que contiene la actividad interpretativa**, la que puede ser tanto acertada como también defectuosa si fuera aplicada al analizante real, por el grado de acercamiento y certeza que contiene o, su opuesto, el de alejamiento y de desvío de la realidad. Esta situación de trabajar con el **analizante representado** y no con el *real* habilita a pensar en términos hipotéticos y no de afirmación frente a un analizante real lo que da lugar a la *semiosis ilimitada*, aunque más no sea como ensayo.

Rol del relato del analista presentante.

El relato del *material clínico* re/presenta al trabajo de la dupla, es decir “hace presente” algo que ya aconteció. Lo único vivo y presente es el encuentro y el diálogo elaborativo entre colegas. Generalmente se enfoca con especial énfasis a lo proveniente del relato del analizante real, quien no está allí presente para escuchar lo allí hablado ya sea asociando, acordando y/o replicando, sólo está representado en un relato, algo muy diferente a analizar a un analizante en sesión. En dicho relato están también re/presentadas las intervenciones interpretativas del analista, objeto también de discusión y elaboración en el Taller.

Rol de los integrantes del Taller

Cada uno de sus miembros, al escuchar el relato del *material clínico* en actitud de “atención flotante” capta lo que le impacta, desde su sensibilidad personal amalgamada al aporte de la óptica de las teorías con que percibe y piensa al material. A veces ello puede llevar a percibir determinados aspectos, aunque minúsculos, muy específicos. Al momento de decir en el grupo lo que cada uno percibe del *material clínico* se está ya aportando a la construcción grupal del *segundo material*, es decir al *material del diálogo allí instalándose*, producto en un inicial estado de precariedad que va tomando forma y consistencia más estable, a veces más de una, en caso de no haber coincidencias, aunque cada una de éstas con una silueta conceptual consistente y abierta a nuevas semantizaciones.

Es importante destacar algunas situaciones que funcionan a la manera de estructura en el grupo. En él hay tantos vértices de observación como cantidad de participantes. Lo mismo podríamos decir acerca de la cantidad y cualidad de series complementarias que operarían en la creación de diferentes transferencias y contratransferencias producidas en este diálogo grupal, disparadoras potenciales de diversas líneas interpretativas apoyadas éstas, a su vez, en teorías no siempre coincidentes y a veces tampoco conscientes, (Zysman, S., et alt. 2005)

*Otra de las características que hacen al espíritu de trabajo del grupo está promovida por el **sentido de pertenencia institucional** que aporta a sus miembros, lo que le otorga legitimidad e identidad institucional a todo lo que allí surge. Todo el residuo fértil de su funcionamiento se introyecta en cada miembro participante como algo que recibe de su institución, lo cual repercutirá positivamente en su integración a la misma y en su proceder e intercambio para la vida institucional.*

Debido a que los analistas participantes no trabajan todos con las mismas concepciones teóricas, ello llevaría a preguntarse cuánto es posible hacerlas vigentes en su coexistencia al momento de ser aplicadas. En esto residiría precisamente la fertilidad de estos grupos, siempre y cuando no se instale una arrogancia autoconvinciente o una actitud de rivalidad esterilizante. La enseñanza que emana de este grupo de trabajo es que *el diálogo grupal entre colegas no sólo acerca sino que ayuda a discernir, diferenciar, categorizar y también arrima al conocimiento de otras concepciones teórico-técnicas.*

En mi experiencia con grupos de este tipo he tenido el privilegio de poder presentar al ateneo de APdeBA mis primeras concepciones acerca de las sesiones telefónicas (Carlino, R. 2005) cuando aún se trataba de un atrevimiento sin consenso institucional. En ellas me fue posible observar que, en diferentes instantes elaborativos del grupo, por momentos, nos “olvidábamos” que se trataba de un tratamiento por vía telefónica, en esa época inédito o al menos desconocido en la institución y en las publicaciones que por allí circulaban. Sólo había circulado un Newsletter de IPA, “En Profundidad” (2003) en el que una analista, Zalusky, Sh.(1998) presentó una sesión con un analizante que ella atendía por vía telefónica. A esta presentación la comentaron siete psicoanalistas con opiniones diversas.

Procesamiento grupal del “material clínico” y “material del diálogo”.

La posibilidad de conceptualización acorde o diferente siempre está abierta a su desarrollo y en eso consiste su fecundidad.

Revisando la experiencia de trabajo realizada en los Talleres que he participado, he visto en varias ocasiones, que alguna de las posturas adoptadas por un integrante o por el grupo todo, son creencias instaladas en el medio institucional que a veces guían el proceso interpretativo y hasta pueden llegar a constituirse en un ordenador de las ideas elaboradas, de ahí la importancia de la heterogeneidad aportada por el “analista invitado”.

Es posible observar también un despliegue de diferentes “percepciones” sobre un mismo material, lo que lleva a pensar que muchas veces hacemos inferencias sobre lo que se percibe (Ahumada, J. 1997) (Leibovich de Duarte, 2022) cuando cada uno está convencido de que su percepción es objetiva. Es que el acto de percepción está lleno de subjetividad aportada por la ideología del analista, por su contratransferencia consciente y la no concientizada, por sus teorías, por sus experiencias con otros analizantes e incluso por sus puntos ciegos.

De ahí la riqueza de participar en estos grupos, pues todo esto individual de cada analista está en situación de acordar y/o contrastar al amalgamarse con lo de los otros y crear algo nuevo que no estaba previamente en ninguno de los analistas del grupo

Entonces, cuando aparecen aproximaciones interpretativas tan diferentes frente a la presentación de un material, surge la pregunta: ¿desde dónde se dan estas disparidades? ¿Será que son diferentes posturas conceptuales apoyadas en distintas teorías, o estilos disímiles? Cuando se llega a entender al material de manera diferente respecto del resto de los integrantes, ello lleva a también a preguntarse ¿no estará esto acaso mostrando, como antes mencioné, un punto ciego propio, o quizás una insuficiencia de la teoría con que se está procesando? o, a la inversa, cuando se piensa que se está en lo cierto y que los otros son los equivocados. Esta tensión indagatoria, desde una postura de humildad epistémica, opuesta a la arrogancia, es algo que promueve seguir pensando y aprendiendo. De ahí el aporte a la formación permanente que esta tarea promueve.

Pensamiento grupal

La riqueza de esta experiencia de elaboración grupal de material clínico nos ubica en situación de “co-participar y de “pensar con otros” con discreta espontaneidad. Ello nos pone en situación de articular el pensamiento propio con el de otros analistas en un distendido espacio clínico de intercambio conceptual. En mi experiencia esto no se logra totalmente al inicio sino que se va logrando cuando “la serie inicial de analistas” que equivale a un conjunto de identidades individuales, logre constituirse en una identidad grupal, donde se va difuminando la importancia de verter un acierto personal mutando a la actitud de participar sabiendo que cada intervención individual contribuye a un pensamiento grupal, al que Ogden, T. (1996), refiriéndose al pensamiento compartido de la dupla analítica lo denomina “**tercero analítico intersubjetivo**”. En nuestro caso, participar en el grupo implica aceptar que el pensamiento sobre el caso clínico lo construye el interjuego amalgamado de aportes con resonancia racional consciente y también inconsciente de sus participantes. Las intervenciones son volcadas en lo que yo concibo como un “espacio lúdico de diálogo inter-colegas” en el que cada una de las “jugadas” individuales tiene importancia constructiva, son tan importantes que van a constituir la urdimbre y/o la trama (Cabanne, J. y Petrucci, H. 1987) del tejido conceptual armado con el conjunto de ellas. Si bien allí no hay lo que propiamente se entiende por “diálogo analítico” (Cantis Carlino, D. y Carlino, R., 1987) hay un diálogo de alto nivel de conceptualización entre analistas en el que fluyen conjeturas, hipótesis, comentarios, asociaciones, interpretaciones, lapsus y también errores promotores de una *semantización* elaborada y vuelta a elaborar acerca del material clínico del *analizante representado*, el que, en el trabajo elaborativo, va deviniendo en *analizante recreado*, es decir, *un ser abstracto y conceptual*.

Las intervenciones individuales no se van yuxtaponiendo cada una con su opacidad o su brillo propios ni se van tampoco sumando aritméticamente, sino que se van conformando como un complejo conjunto interpretativo que irá dando lugar a nuevas posibilidades de semantización que van transformando la comprensión del *analizante recreado* y del proceso dado en esa sesión a la manera de cómo cambian las imágenes al girar un caleidoscopio que ofrece la posibilidad de una *semiosis ilimitada* según expresión tomada de Pierce, (2015)

Cuando el grupo funciona productivamente, de la manera que Bion, W. (1948) denomina “grupo de trabajo” es debido a que predomina un clima de intercambio fértil con conciencia del papel que

juega el rol individual subordinado al interés grupal, a lo que este autor denomina *mentalidad grupal* inmersa en una *cultura grupal*.

El aprovechamiento de distintos puntos de partida conceptuales y la libertad de pensamiento ligada a la honestidad intelectual, constituyen la riqueza de este trabajo elaborativo, libre de toda influencia promovida por “poderes” preestablecidos, ya sea doctrinarios y/o de intereses o jerarquías preestablecidas que se opondrían a la pretendida “búsqueda de la verdad”. (Aryan, A. y Carlino, R., 2012, 2013)

Diálogo entusiasta y apasionado

El apasionamiento es una emoción espontánea y bastante frecuente en estos grupos, pues está en juego “la visión” que cada uno tiene y que muchas veces es vivenciada como una “idea clave” para la comprensión del material, lo que simultáneamente es puesta en situación de no válida por el aporte de otra postura vivenciada como también como “idea clave”. Estos sentimientos apasionados vehiculizados en un clima de fertilidad coloquial, puede producir una situación lúdica aportante a la tarea de pensar con los otros y entusiasmar de tal manera que motiva a seguir siendo partícipe del este Taller de “*inter-visión clínica*”.

Este juego de postular y escuchar otras postulaciones para luego seguir aportando en coincidencia o discrepancia es lo que genera la “clave” para lograr fertilidad en el trabajo de discusión a partir de un material clínico. Al apasionamiento se lo percibe cuando se oye una entusiasta superposición de voces postulantes, lo que, la mayoría de las veces lleva a tener que confeccionar una “lista de oradores” para evitar la superposición o diálogos simultáneos.

Cuando el grupo logra funcionar en clima de “grupo de trabajo” todos y cada uno de sus integrantes disfrutan de una experiencia emocional creativa en que se destaca la vivencia del pensamiento grupal como un bien común al que hay que aportar y del que se puede tomar.

*En un grupo en que hay **mutua** libertad de expresar lo pensado, de ser escuchado y tenido en cuenta y, de ser respondido, se obtiene como rédito la posibilidad de que cada integrante se vea reflejado en el contraste entre el propio pensamiento clínico y el vertido por los demás. Participar en un Taller de Inter-Visión Clínica implica compartir el pensamiento psicoanalítico y ver en qué estado se encuentra el propio de cada uno.*

Después de la reunión grupal... ¿qué?”

A partir de la hora de finalización se regresa al pensamiento propio sin por ello abandonar el eco que deja en la mente el pensamiento compartido de la *mentalidad grupal*. Entre sesión y sesión de *Inter-Visión Clínica*, una parte de lo elaborado en el grupo se introyecta contribuyendo a una interminable elaboración individual de las ideas desarrolladas en el grupo. Hay otra parte que queda como riqueza de la *cultura grupal*.

En cuanto al analista *presentante* del material clínico, éste puede disponer de esta experiencia como semilla de nuevas significaciones a ser abiertas en el trabajo elaborativo con su analizante real.

Todos los miembros del grupo reciben el estímulo de haber estado en contacto con diferentes perspectivas de abordajes clínicos. A su vez, recogen como fruto el haber participado en un acto de camaradería solidaria entre colegas albergados por el auspicio de la institución a la que pertenecen.

Palabras clave: Actualización; Caso clínico, Grupo de trabajo, Mentalidad grupal

Resumen.

En esta presentación se comenta, y a la vez se recrea conceptualmente la experiencia de participación del autor en tres diferentes grupos de discusión de material clínico, los que tenían como objetivo mantener viva la llama de actualización permanente de los analistas participantes, poniendo en juego a las diferentes corrientes psicoanalíticas que circulan en una institución o, de tratarse de grupos privados, en la mente de cada uno de sus participantes. Se describe la estructura de funcionamiento de dichos grupos y la transformación evolutiva de uno de ellos que desde la configuración inicial de Grupo de Supervisión analítica mutó a Taller de Inter-Visión Clínica psicoanalítica entre colegas.

-----o0o-----

Referencias Bibliográficas

- Ahumada, Jorge (1997) Descubrimientos y refutaciones: el psicoanálisis clínico como lógica de la indagación. Int. J. Psycho-Anal. 78: 1105-1118 (1997). Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXI - N° 3 – 1999.
- Aryan, A. y Carlino, R. (2012) El “establishment” y las ideas nuevas. Ponencia presentada en el IX Congreso Argentino de Psicoanálisis. Provincia de Mendoza, Argentina. 24 al 26 de Mayo 2012
- Aryan, A. y Carlino, R. (2013) The power of the establishment facing forthcoming changes Psychoanalysis by Telephone. En “*Psychoanalysis ONLINE*”. London. Karnac
- Bion, W. 1948 “*EXPERIENCIAS EN GRUPOS*”. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1963
- Bion, W. 1957 “*VOLVIENDO A PENSAR*”: (1) La diferenciación entre la parte psicótica y no psicótica de la personalidad. (2) Ataques al vínculo. Arrogancia. Ed. Hormé. 2ª Ed. 1977
- Bion, W. 1965 *Transformaciones: Del aprendizaje al crecimiento*. Buenos Aires. Centro Editor de América latina.
- Cabanne, H. y Petrucci, J. (1987) La urdimbre y la trama. Psicoanálisis, Rev. de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Número dedicado a Diálogo analítico. Vol. XI N° 3, 1987.
- Cantis-Carlino, D. y Carlino, R. (1987) Diálogo analítico, un diálogo múltiple. Psicoanálisis, Rev. de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Número dedicado a Diálogo analítico. Vol. XI N° 3, 1987.
- Carlino, R. (1990) “*SUPERVISIÓN GRUPAL. Un modelo de trabajo en el ámbito Institucional – Hospitalario*”. Actas de la 1ª Jornada del área PSICOANÁLISIS e INSTITUCIONES. APdeBA. BUENOS AIRES. 1990.
- (1992) “Pacientes Severamente Perturbados” y “Pacientes de Difícil Acceso” Coincidencias y Diferencias. Actas Congreso Internacional de Psicoanálisis: DESCUBRIENDO UN NUEVO CONTINENTE, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) 1992

- (2003) Hacia la Formación Permanente. Comunicación de una Experiencia” VI Encuentro de Institutos de Psicoanálisis de Latinoamérica. Sept. 2003. Santiago de Chile.
- (2005) “¿Psicoanálisis por teléfono?” Actas de Ateneo clínico APdeBA. Abril 2005. También en Ateneo Clínico, Sociedad Argentina de Psicoanálisis. SAP. Agosto 2005.
- 2010 *Psicoanálisis a distancia*. Pág. 42 a 50. Editorial Lumen. Buenos Aires. 2010
- “En Profundidad” 2003. Suplemento de “Newsletter” Publicación de la Asociación Psicoanalítica Internacional: “ANÁLISIS POR TELÉFONO”: Siete Psicoanalistas expresan su opinión”. Vol. 12, Junio 2003.
- García Badaracco, J. Asociación Psicoanalítica Argentina. Trabajo para el ‘Panel sobre Mente Cerrada’ [2009b]
- Hernández Trejo, M. 2021. “2020 El año virtual: distopía, ficción y realidad”. En “PLURALIDADES” Revista del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Sur, Año 0, número 6, Marzo 2021. *Revisitado Noviembre 2022*
- https://www.cch-sur.unam.mx/Banner_pdf/pluralidades.pdf
- Joseph, B. (1977) El paciente de difícil acceso. Cap. VII Pág. 150-164, en Grinberg, L. (1977) (comp.). *Prácticas Psicoanalíticas Comparadas en las Neurosis*. Buenos Aires. 1977. Paidós
- Melanie Klein. 1957. Envidia y gratitud (obras completas. vol. III) Ed. Paidós 2009.
- Leibovich de Duarte, A. 2022. “Investigar las inferencias en psicoanálisis” Ateneo SAP 11 octubre 2022
- Lévy, Pierre 1995. “¿QUÉ ES LO VIRTUAL?” Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona 1999.
- Revisitado, Noviembre 2022. Ver libro entero:*
- <http://www.hechohistorico.com.ar/Archivos/Taller/Levy%20Pierre%20-%20Que%20Es%20Lo%20Virtual.PDF>
- Ogden, T. (1996) Reconsiderando tres aspectos de la técnica psicoanalítica. Publicado en Int. J. Psycho-Anal. (1996) 77, 883. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XX - Nº 1 – 1998
- Peirce, Ch. (2015) “Semiosis ilimitada” Revisitado noviembre 2022
- <https://aleesota.wordpress.com/2015/11/13/semiosis-ilimitada/>
- Rosenfeld, David (1992) Psicoanálisis de pacientes severamente perturbados. Actas Congreso Internacional de Psicoanálisis: DESCUBRIENDO UN NUEVO CONTINENTE, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) 1992
- Vidal, M. I. R de, (2008) Los Talleres Clínicos. Su Valor en la Construcción y en la Transmisión del Pensamiento Psicoanalítico. Ponencia presentada en XXVII CONGRESO FEPAL SANTIAGO DE CHILE, 2008.
- Zalusky, Sh. (2003) “ANÁLISIS POR TELÉFONO”. En profundidad. Revista de la Asociación Psicoanalítica Internacional. API Vol. 12. Junio 2003.
- Zysman, S. (coordinador (2005), Bordone de Semeniuk, L., Solimano, A., Villa Segura, A: “Las Teorías en la Mente del Analista durante su Trabajo”. Simposio de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. (APdeBA), 2005.

Lecturas complementarias

- Barleta, L et Alt. 2011. Acerca del trabajo de un grupo institucional sobre discusión de material clínico, a lo largo de diez años. En: Psicoanálisis, (APdeBA) - Vol. XXXIII - N° 2 - 2011 - pp. 253-262
- Carlino, R. y Torregiani, V. (1988). “Contratransferencia e interminabilidad del análisis” Actas Simposio APdeBA. Octubre 1988.
- Carlino R. 2000. TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES. *Incidencia en el encuentro analista – analizando*. IPSI, II Coloquio Interdisciplinar. Barcelona, Febrero de 2000.
- Grinberg, L. (1970) “PROBLEMAS DE LA SUPERVISIÓN EN LA EDUCACIÓN PSICOANALÍTICA”, Revista de Psicoanálisis APA. Tomo XXVII N° 3. 1970
- Grinberg, L. (1986) “LA SUPERVISIÓN PSICOANALÍTICA. Teoría y práctica” Tecnipublicaciones, S:A. Madrid. 1986
- Helman, N. (2006). “SER O NO SER” *Qué hacer para ser psicoanalista*. Actas Ateneo APDEBA, 20 de Junio 2006.
- Sandler J. (1983) Reflections on Some Relations Between Psychoanalytical Concepts and Psychoanalytical Practice. International Journal of Psychoanalysis. 64:35-45
- Schon, D. (1992) *La Formación de Profesionales Reflexivos*. Ediciones Paidós. Barcelona. España.
- Zac, J. (1972) Cómo se originan las interpretaciones en el analista. En: Revista de Psicoanálisis. APA (Argentina) Tomo XXIX N°2 – 1972
- Zalusky, Sh. (1998). “TELEPHONE ANÁLISIS: “OUT OF SIGHT, BUT NOT OUT OF MIND”. J. Am. Of Psychoanalysis 46/ 4 1221-1242.