

Bases para un programa sobre “Clínica Psicosocial” y “Terapia Familiar Operativa”.

Entre despliegues, immanencias, conexiones y aportes.

1. Introducción: Poema de Lía Schenck “La Familia”.
2. El nombre: La Clínica Psicosocial (una Clínica con una Q abierta arriba, espiralada).
3. La perspectiva psicosocial.
4. La Terapia Familiar Operativa.
5. Formulaciones centrales de EP-R, J. Bleger, A. Bauleo.
Adaptación de la formulación central pichoniana (de A. S.).
6. Grupos Humanos y Grupos Operativos: Seis Hipótesis acerca de su funcionamiento (A. S.).
7. Emergente: “Nodo” central de la Clínica Psicosocial.
8. El funcionamiento Grupal Operativo.
9. La Zona Común.
10. El Otro presencial. La Mutuación. Las Herramientas Mutuantes.
11. Una definición operativa de la Familia en esta sociedad (occidental).
Las tareas prescritas por la Sociedad.
12. La Familia como tipo particular de Grupo humano.
13. Micropolítica de la vida cotidiana. La ideología familiar y transfamiliar.
14. De la causalidad pichoniana a la determinación y de ésta a la incidencia (J. C. De Brasi).
15. La Policausalidad pichoniana y la Multincidencia (A. S.).
16. El aprender a pensar grupalmente de EP-R. El pensamiento estratégico – conectivo – conjuntivo (A. S.).
17. El malentendido grupal, el ruido en la comunicación, los secretos grupales familiares y los transgeneracionales.
18. El estereotipo en el cumplimiento de roles, funciones, vínculos, los ajustes de perspectivas, metaperspectivas y metametaperspectivas.
19. Los modelos identificatorios a través del cumplimiento de los roles y funciones familiares.
Las seis I: el identificador, el identificado, lo identificado, la oferta identificatoria, la desidentificación, la nueva identificación: pensar e instrumentarlo pluralmente (grupalmente).
20. Los miedos básicos al cambio: al ataque, a la pérdida.
21. Las ansiedades confusionales, paranoides y depresivas.

22. La circulación y regulación de la energía psíquica, la transducción de energía.
23. El tercero excluido.
El chivo expiatorio.
La segregación, la expulsión del grupo familiar, las instituciones que reciben a sus integrantes, las que los dañan, las que los expulsan, las que los ayudan, las que los vigilan, las que los cronifican.
24. Los soportes familiares. La conexión entre los integrantes y el soporte grupo-familiar como immanentes entre sí.
25. La posición depresiva básica como situación patogenética central, según EP-R.
La parte indiscriminada de la personalidad, el sincretismo y la simbiosis, según J. Bleger. ¿Quién estaba en lo cierto? ¿Y lo previo a la construcción de una simbiosis? (A. S.).
26. La implicación personal e institucional del trabajador psi. La importancia de la contratransferencia institucional (A. Bauleo).
27. La relación entre estructura psíquica, las circunstancias de vida, el entorno, las instituciones, las comunidades y el contexto macrosocial.
28. Lo que “enferma”.
29. Otro modo de considerar la gravedad de un cuadro clínico en el abordaje psicosocial: el descentramiento del sujeto por el cual se consulta, la consideración de otras unidades de análisis: la familia, la pareja, las instituciones por las cuales transitan, los dolorosos temas actuales: guerras, migraciones, consumo problemático de sustancias nocivas, violencia de género, abusos, prostitución infantil, crímenes, crímenes de lesa humanidad, narcotráfico, etc.
30. El abandono de las nosografías actuales de la Psiquiatría. La construcción de una nueva “psicopatología” y una nueva nosografía “psi”.
31. La Psiquiatría clásica y sus planteos actuales: clasifica, no es dinámica, está anclada en otra epistemología que la epistemología convergente del enfoque psicosocial, es individualista (obturada la dimensión grupal, familiar, institucional), organicista, aísla al sujeto, utiliza otra instrumentación, medicaliza a quien consulta, posee otras estrategias de abordaje.

32. Las instituciones psiquiátricas que cronifican: la fábrica de una realidad institucional terapéutica errada, ilusoria y patógena desde los programas de formación: la iatrogenia instituida e institucionalizada.
33. Psiquiatría y Antipsiquiatría. Laing, Cooper, Esterson, Berke, etc.
34. El énfasis en el planteo clínico de los “pacientes graves” en la obra de EP-R: que se ha hecho, preponderantemente, sobre los pacientes crónicos de los hospicios.
La rémora que proviene de siglos atrás: el pasaje de pacientes agudos a subagudos y de estos a su cronificación institucional manicomial reclusiva.
35. Las E.T.A.P. (Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional, A. S.), Las Terapias Combinadas y las Terapias Asociadas (A. S.).
36. La combinación de Psicoterapias con Psicofármacos: Asistencia Combinada II (A. S.).
37. El Equipo Terapéutico. Su coordinación con la Técnica Operativa de Grupo.
38. Del “tratamiento de las Urgencias en Psiquiatría” según EP-R. al Abordaje Psicosocial de los pacientes Graves y Urgentes en Salud Mental (no sólo por la Psiquiatría).
Las diferencias entre los tratamientos en establecimientos de atención público-estatales, la Clínica privada y los Seguros privados de Salud.
39. Desarrollos de A. S. sobre pacientes graves y agudos. Las similitudes y las diferencias con otras escuelas en el mundo occidental.
- a) El descentramiento del sujeto por el cual se consulta.
 - b) La gravedad psíquica que no se visualiza ni se evalúa clínicamente por “síntomas”.
40. La invalidación de la experiencia (R. Laing).
41. Las formas de tratamiento de la P.D.A. (Psicosis Delirante Aguda).
42. El tratamiento de las P.I.B.E.: Psicosis Infantiles de Base Emocional (A. S.) (las Oligotimias de EP-R).
No compartimos la denominación de T.E.A. (Trastornos del Espectro Autista de la Psiquiatría Infantil actual) pues contribuye a la rotulación, unificación, segregación, marginación, relaciones vinculares prejuiciosas o de descalificación social (explícita y/o implícita del mismo, aún sin proponérselo).
43. Un Proyecto y un Modelo Institucional histórico y efectivo para el abordaje de las P.I.B.E. (el I.P.P.U. de 1981 a 1995).

44. Los Intentos de Autoeliminación que no desean la muerte, pero que la pueden provocar: un mecanismo fallido de evasión del entorno traumático ante circunstancias de la vida, de la familia, de las instituciones, de los contextos geopolíticos de guerra, de las catástrofes, etc.
45. Cuando la Familia sustituye al Estado en la subvención del financiamiento de los tratamientos y cuando el Estado sustituye a la Familia (vida institucional), insuficientemente, en el cumplimiento de sus tareas (las prescritas por la Sociedad).
46. La Terapia del Grupo Familiar y los Grupos Multifamiliares en la Atención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria en Salud Mental.