

“Un modo alternativo de intervención a la Psiquiatría y al Psicoanálisis clásico en situaciones clínicas agudas y graves. La perspectiva psicosocial”

La CLÍNICA PSICOSOCIAL (A. S.).

(Encare de una exposición).

Hablaré desde mi implicación personal...que es institucional. Lo que hice, estudié y jerarquizo desde hace varios años:

1. El pensamiento vivo de EP-R, los despliegues y aportes post pichonianos.
2. Dos pasajes claves (de EP-R) en Psicología y Psiquiatría de la época (1960):
 - a. “Del Psicoanálisis a la Psicología Social”.
 - b. Del sujeto (del diván) al grupo familiar y a los colectivos sociales.
3. En la Clínica en Salud Mental hay una fórmula central (de EP-R) que es la llave para encarar y abordar este tema:
“El enfermo mental es emergente y portavoz de la patología de su grupo familiar”.
4. La he reformulado así:
“El denominado paciente es emergente y portavoz de la dinámica de su grupo familiar y de las instituciones de la Salud (Mental y Física) por las cuales transita”.
5. El concepto de Emergente es la llave para la comprensión y el trabajo clínico. Remite a Grupo Humano y a la Familia como Grupo Humano y como institución. En el año 2000, en el homenaje a EPR, Mesa Redonda: Ana Quiroga, Fidel Moccio, Marcos Berstein, Alberto González y A. S. plantée si existe en la obra de EP-R un concepto de máxima relevancia, como el de Inconsciente en Freud: sí, el de **Emergente**. Que remite a la dinámica de las organizaciones complejas como es el **grupo humano: al sujeto producido por otros y productor de otros**.
6. La familia como tipo particular de Grupo Humano que posee tareas propias, prescriptas por la Sociedad.

Tareas: de procreación, de supervivencia, afectivo-sexuales, educativas, ideológicas y económicas. O sea, de la vida cotidiana, tema central para EP-R y sus continuadores.

Sujeto producido en interacción con otros, con tareas en común.

7. Roles y funciones para desempeñar esas tareas: alguien puede tener el rol y otro integrante cumplir con la función.
8. EP-R produce una nueva Psicopatología, más simple, contundente y eficaz:

Sostiene que:

- a. La familia es una unidad de salud, de enfermedad y de cura.
- b. En el individuo hay una enfermedad básica, la **depresión** y una policausalidad de factores que la producen. A. S. agrega factores de incidencia en complementariedad con los aportes de EP-R.
- c. Pilares fundamentales de EP-R:
 - El aprender a pensar.
 - El cambiar la cabeza.
 - El ruido en la comunicación.
 - El malentendido grupal.
 - El chivo expiatorio.
 - La Adaptación Activa a la Realidad.
- d. En el grupo familiar EP-R plantea dos enfermedades básicas:
 - el **malentendido comunicacional y vincular** (no es teoría de la Comunicación de Palo Alto).
 - el **estereotipo** en el cumplimiento de los roles y funciones para ejecutar dichas tareas familiares.

A. Scherzer:

- Cómo trabajamos desde una perspectiva pichoniana ampliada.
- La Clínica Psicosocial como Clínica Rádomante. Una Clínica con Q (para diferenciarla de la Clínica común y de la Clínica con K (de Gregorio Barenblitt) que es abierta, casi espiralada.
- Seis Hipótesis acerca de los Grupos Humanos.

La Clínica Psicosocial es inseparable del pensamiento y/o trabajos con el(los) Grupo(s) Familiar(es).

-e. La **Zona Común**, el Área 4. **Lo Mutuo**.

- Aprender a pensar en grupo: **el pensamiento estratégico conectivo conjuntivo** (A. S.) para armar conjunto. Puede haber pensamiento estratégico conectivo, pero no destinado a armar conjunto.
- La importancia de lo presencial en el trabajo clínico.
- La Mutuación. Los Mecanismos del Nosotros.

- Las aclaratorias de las perspectivas, meta perspectivas, etc.

Abordajes clínicos con:

- E.T.A.P. (Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional).
- Terapias Combinadas y Asociadas.
- Asistencia Combinada II (Combinación de Psicoterapias con Psicofármacos).

La importancia del soporte (3er. Circuito del funcionamiento grupal, A.S.).

(ver dibujos infantiles de pacientes).

f. Necesidades vinculares básicas del mundo actual:

- Reconocimiento mutuo,
- Ser entendido.
- Hacer cosas con otros.

Los vínculos en torno a tareas grupales **en** común (es más que tareas comunes).

Diferencia entre Vínculo y Grupo. Diferencias con el Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (Puget, Berenstein): para EP-R los vínculos grupales están en función de tareas **en** común, las que se plantean los grupos.

g. La Mutuación. Las perspectivas, meta y meta -meta- perspectivas.

La Mutuación como vía micropolítica e ideológica de simetrización de los vínculos de pareja, parentales, etc.

h. La aclaración de los malentendidos vinculares.

i. Las Herramientas Mutuantes.

j. Las 4 I (identificación): los cuatro factores a tener en cuenta en los procesos de Identificación.

El trabajo sobre la oferta identificatoria en la familia: sobre lo identificable.

Un sujeto proporciona, otro receptiona el material proporcionado (valores, modelos), la nueva oferta identificatoria, lo obtenido de ese proceso: un cambio de modelos internos.

k. Grupo familiar es diferente a Complejo de Edipo. EP-R no habla de Complejo de Edipo, sino de situación triangular básica (sólo una vez lo hace en su obra: al referirse a las letras de tangos de Discépolo).

12.- E.T.A.P. (Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional).

13. Casuística personal con pacientes graves:

- a. Situaciones agudas y subagudas en jóvenes y adultos jóvenes. No trabajo con los llamados “esquizofrénicos” (cronicidad de larga data). La esquizofrenia la entendemos como una enfermedad iatrogénica.
- b. Intentos de autoeliminación.
- c. Vínculos simbióticos.
- d. Depresiones agudas y subagudas.
- e. Disfunciones familiares.
- f. La familia y la Clínica Psicosocial con niños, adolescentes y psicóticos.
- g. Las P.D.A. (Psicosis Delirante Aguda).
- h. Las P.I.B.E. (Psicosis Infantil de Base Emocional: son las Oligotimias, de EP-R).

14. Hace más de 45 años que trabajo privadamente en la Clínica. Desistí de trabajar en Servicios Público estatales y Mutuales, luego de años de trabajar en esos lugares dada la dificultad de emplear encuadres móviles y de tener que ceñirme a horarios institucionales: el trabajo con pacientes graves no tolera las limitaciones en los horarios estatales del funcionamiento institucional, ni la mediación directa con funcionarios burocráticos... es más: a veces entorpecen el trabajo dado que conlleva una serie de pasos y autorizaciones jerárquicas que dilatan u obstaculizan la práctica. El abordaje terapéutico lo hacemos con Terapias Combinadas, terapias individuales con esta concepción estratégica, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Trabajos institucionales, Coordinaciones de equipos de salud, Grupos Multifamiliares. Hace más de 20 años que no medico a los pacientes: los derivo si hay que medicarlos. Solamente actúo como Psiquiatra si es un trabajo en equipo terapéutico en donde me toca asumir esa función. No más I.A.M.C. (Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada), no más Hospitales Públicos. En estos lugares no se puede trabajar con estos modos de abordajes clínicos.

La Psiquiatría tradicional tiene:

1. Otros paradigmas.
2. Otra epistemología.
3. Otra causalidad.
4. Otra Psicopatología.
5. Otra evidencia.
6. Otras estrategias terapéuticas:

- a. Manicomial.
 - b. Aislamiento de la familia y del entorno.
 - c. Produce desajustes psíquicos.
 - d. Produce puerilización del pensamiento.
 - e. Produce trastornos secundarios (Parkinson, etc.).
 - f. Produce cronificación.
 - g. Posee otra didáctica a los trabajadores de la Salud Mental..
 - h. Otra ideología.
 - i. Otra Epistemología.
 - j. Subordinada a intereses comerciales (Laboratorios, Seguros de salud, etc.).
-

Contexto de realización de estas experiencias:

En Dictadura, en Democracia, con gobiernos alternantes en sus concepciones filosóficas.

Avances políticos logrados en Uruguay en estos últimos años:

- Legalización del aborto.
 - Prohibición de fumar tabaco en recintos públicos cerrados. (Uruguay ganó un juicio internacional a Philip Morris).
 - Legalización del consumo de marihuana.
 - Casamiento gay.
 - Fuertes movilizaciones de distintos colectivos de género.
 - Leyes pro transexuales (laborales, etc.).
 - Leyes pro discapacitados.
 - Atención de cuidados a discapacitados, etc.
-

LAS PSICOSIS AGUDAS DESDE EL E.C.R.O.

(Esquema Conceptual, Referencial, Operativo).

- 1.- El paciente no es sólo uno. Uno sólo es el “denominado” paciente. Los integrantes del grupo familiar, también, son pacientes.
- 2.- La familia no es sólo soporte, es también productora de la Psicosis y puede ser reparadora de la misma (si se efectúa un abordaje adecuado).
- 3.- La llamada relación médico – paciente debe ser reformulada en estos casos: por la relación médico (equipo) – pacientes.

4.- Denuncian a la dinámica del medio que rodea al “denominado” paciente, se trata de captar cómo funcionan.

5.- ¿Cuál es el medio que lo rodea? El grupo familiar, la familia extensa, los grupos de pertenencia, las instituciones (de Medicina, Psicología, Enfermería, etc.), el barrio, etc.

6.- ¿Sólo lo rodea? No. Su funcionamiento incide, los penetra, los constituye, los construye, los determina, los provoca, los produce, los moldea, los “enferma”, los marginan, los segregan, los expulsan, lo(s) interna(n).

El **abordaje psicosocial estratégico**: los modifica, los repara, los “cura”.

7.- El paciente denominado contiene al todo. Es **EMERGENTE** (en sentido estricto de EP-R): es con otros, es en grupo, surge (emerge) de otro “medio” que el perceptible conscientemente.

8.- La familia no puede comprender lo que le sucede al “denominado” paciente si no se instala un dispositivo de trabajo “terapéutico estratégico” pertinente con los mecanismos productores del cuadro clínico.

9.- Existe un mutuo tránsito de mensajes, contenidos temáticos, energías, afectos, que inciden en la relación de la parte con el todo.

10.- Presupone un psiquismo y los genes abiertos al medio ambiente.

11.- Los familiares y el entorno son el soporte, quienes apoyan, generan y “curan” al denominado paciente.

12.- Los mecanismos simbióticos están constantemente presentes. Hay “costos” (efectos) por la disolución de la simbiosis, a veces: I.A.E. (intentos de autoeliminación), accidentes, enfermedades somáticas.

13.- Quienes participan en la experiencia terapéutica captan, claramente, el efecto grupal en la construcción de una P.D.A.

14.- ¿Por qué, con internaciones en manicomios, estos pacientes se cronifican en su evolución? Porque la Psiquiatría está instalada en un paradigma inapropiado para la “cura” definitiva de la situación clínica aguda entendida de este modo, sigue otro camino de comprensión e intervención al de la producción familiar e institucional.

15.- La deconstrucción de los mecanismos alterados de las funciones parentales, de pareja, las transmisiones transfamiliares y, posteriormente, la construcción familiar e institucional no son posibles por esta vía clásica organicista. No hay restituciones

sustitutivas de las alteraciones productoras de la Psicosis Aguda. A éstas hay que abordarlas con otros paradigmas.

La Psicosis Aguda ya instalada no se soluciona con medicación e internación. Sólo con este modo, se tiende hacia la cronificación del proceso. Tampoco hay que guiarse **sólo** por lo manifiesto del cuadro (lo que hace la Psiquiatría clásica). Para encontrar su trama productora hay que instalar un dispositivo clínico “terapéutico” adecuado para ello, que sea estratégico y combinado (ver E.T.A.P.).

16.- La internación en una institución (Clínica Psiquiátrica) le permite a la familia un alivio transitorio y no verse a sí misma en un espejo “deformado”. El denominado paciente es “chivado” (chivo expiatorio) de un campo de fuerzas: el grupal familiar.

17.- Si la Psicosis es en intento fallido de salida de una realidad insoportable (generalmente la familiar), es una estrategia “errónea” por errores de interpretación, de resolución, de operatividad. Hay que seguir ese camino para su decodificación y corrección posterior.

18.- Creencias erróneas sobre la intervención psicosocial:

- “El trabajo sobre la interacción vincular familiar es cognitivo-conductual”. (Expresiones de psicoanalistas individuales en un grupo de trabajo).
- “Para qué hacer intervenir a la familia si ya está agotada de tanto sufrir”.
- “Hay que internar al paciente para aliviar a la familia”: Culpan o responsabilizan al paciente “denominado” sin poder elaborar nada de lo que acontece entre todos, ni de lo que ha acontecido.
- “Los médicos lo curarán, para eso estudiaron”. Conlleva a la idealización del médico, de los psicofármacos, de la internación, etc.
- Si se convoca a un familiar a una sesión individual por una elección estratégica “se hace psicoanálisis con el que viene”.
- “La madre tiene que entrar en análisis” aludiendo a un proceso psicoterapéutico personal por fuera de los encuadres estratégicos elegidos para el abordaje del episodio psicótico agudo de su hija(o). Cuando lo que ella tiene que hacer, para nosotros, es participar en el proceso terapéutico de su hijo. Se hará, o no, un análisis personal en algún momento del progreso de su vida.

19.- “Hay que dar explicaciones sobre lo acontecido...pero no es cualquier explicación...es la correcta, eso es lo que alivia y cura” (decía un(a) paciente).

20.- La dinámica familiar influencia, incide, determina, provoca, produce.

21.- El desarrollo del tratamiento requiere un alto costo personal de los profesionales tratantes.

15. Experiencias Multifamiliares realizadas:

Con niños presentes o con niños ausentes, según las diferentes situaciones clínicas.

- a. GIOPP (Grupos de Información y Orientación Psicosocial para Padres (en Hospital Público de Niños, Servicio de Psiquiatría Infantil.). El trabajo sobre “lo identificable” (la oferta identificatoria). El cambio de los padres modifica la oferta identificatoria de los hijos y el funcionamiento grupal familiar.
- b. Casa de “Araca la Cana”, sede de la cultura popular. (Murga vinculada al Carnaval uruguayo).
- c. I.P.P.U. (Instituto Psico Pedagógico Uruguayo (Niños y adolescentes con P.I.B.E.).
- d. Escuelas Públicas.
- e. Escuelas Privadas.
- f. A.U.P.P.E. (Ex Asociación Uruguaya de Psicología y Psicopatología de la Expresión).
- g. Educación Sexual en todo el país (en tareas de Extensión universitaria).
- h. 154 niños. “Los niños del avión”. (Experiencia con niños uruguayos de familias en el exilio de la dictadura uruguaya, en diferentes países, que vinieron, solos (con acompañantes no familiares, obviamente) a Uruguay, en un avión de Iberia, en dictadura, y luego de un par de semanas en el país, retornaros a sus lugares de residencia).
- i. Grupos terapéuticos públicos y privados.
- j. Supervisiones institucionales a distintos equipos de trabajo.
