

UNA MIRADA ACERCA DE NUESTROS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

**Autoras : Lic. Gloria García
Lic. Maria Stella Hom**

Miembros de la Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica de la Asociación de Psicólogos de Mza(EPPAPSI)

Pensar el hospital psiquiátrico desde una mirada psicoanalítica, es adentrarnos en un campo que nos implica. Conscientes de los obstáculos para la producción de un conocimiento comunicable, nuestra posición tal como lo sostiene Bourdieu no es considerar a estos obstáculos como adversarios sino favorecer su reconocimiento a fin de objetivarlos, en palabras del autor hemos intentado "la objetivación del sujeto objetivante" Ello requiere haber reconocido nuestra ubicación dentro del campo de estudio que intentamos abordar así como nuestras relaciones, proximidades y enfrentamientos con otras posiciones dentro de nuestra comunidad científica

No es la intención de este trabajo poner en palabras la imbricación de nuestras respectivas vidas, desde hace 23 años con los avatares de un institución psiquiátrica. Pero este no es un dato más. Dibuja nuestra miradas comunes, delinea nuestras diferencias y nos ha permitido un intercambio reflexivo acerca de cómo visualizamos hoy el hospital psiquiátrico, a partir de una búsqueda activa de nuestro pasado, para comprender un ayer no tan lejano y por otro lado, una profunda necesidad de aportar, junto muchos otros y otras, a construir un mañana, capaz de dar mejores respuestas al padecimiento mental de sujetos del inconsciente, sujetos sociales y básicamente sujetos de derecho pleno.

Con estos interrogantes, nos apoyamos en un psicoanálisis considerado como un cuerpo teórico en permanente actualización y revisión, abierto al acontecer novedoso, al pensamiento de la complejidad y a otros desarrollos disciplinares. Un psicoanálisis que reconoce en la intersubjetividad la necesaria presencia de un otro real que condiciona la forma de ser sujeto y una transubjetividad, el mundo socio-cultural, que nos atraviesa y ha de ser también representado por el yo. Somos sujetos de época, con nuestra singularidad histórica y contextual.

Acercarnos a una comprensión del hospital psiquiátrico tal como se nos presenta hoy, nos convoca a conocer acerca de su historia.

El hospital psiquiátrico ha cumplido desde su aparición distintas funciones determinadas por las distintas teorías explicativas sobre el sufrimiento mental, según las épocas; de allí que la legitimación de determinadas prácticas, fuera y es una construcción social e histórica. Foucault, en Historia de la Locura, refleja esta posición.

Autores como Roudinesco , Bing, Pirella, Major, Derrida en Pensar la Locura, polemizan sobre el modelo violento de tratar la locura a través de un recorrido histórico.

Este modelo asilar, de clausura, comienza a ser cuestionado a partir de 1959, en Inglaterra, California e Italia. La impugnación de la psiquiatría había surgido en el terreno del asilo y la práctica política. En Francia Henri Ey sostenía la psiquiatría dinámica heredada de Pinel y comenzaba la renovación lacaniana.

Los antipsiquiatras compartían con Freud la idea de que la locura tenía que pensarse como una historia cuyos archivos habían sido reprimidos al precio de una conjuración: la del alienismo convertido en psiquiatría y la de la razón convertida en opresión.

Los historiadores coinciden en que lo revolucionario en Freud es que a partir de sus aportes cambia sustantivamente el modo de atención de los pacientes. Escucha , dedicación de tiempo, espacio propio, respeto por el horario

Para estos rebeldes, la locura no era una enfermedad, sino una historia : la historia de un viaje, de un pasaje o de una situación, que encontraba en la esquizofrenia su forma más acabada, porque ella traducía en una respuesta delirante el malestar de una alienación social o familiar.

Es en 1950, cuando a partir del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, realizado en París, se revisa por primera vez, el trabajo conjunto entre psiquiatría y psicoanálisis, es el año en que los psicoanalistas comienzan a entrar en instituciones psiquiátricas. En Buenos Aires, Pichon Riviere, Mauricio Goldenberg, Carcamo formaron el grupo de los primeros psicoanalistas que comienzan a trabajar en un hospital psiquiátrico , logrando incorporar otras prácticas e ir reduciendo el uso del chaleco de fuerza y las inyecciones de trementina.

Simultáneamente en Mendoza, el Dr. Horacio Echegoyen tenía a su cargo la Dirección del Hospital El Sauce.

Consideramos que el sentido de esta mesa, hoy, es poner en tensión cuál es la misión de un hospital psiquiátrico, animarnos a pensar críticamente, a vincular y relacionar lo aprendido y vivido, abiertos a una discusión, a un intercambio que se nos presenta como una oportunidad de búsqueda de nuevas respuestas que seguramente no serán las últimas ni las verdaderas sino solamente un paso entre tantos, con el objetivo de encontrar nuevos modos de comprender y organizar los cuidados de las personas que tienen distintos padecimientos mentales. Este nosotros incluye a quienes pensaron este encuentro, quienes componemos la mesa y cada uno de Uds.

Hoy nos enfrentamos con la ruptura de los lazos sociales , creando nuevas categorías de exclusion, con problemáticas específicas sobre las que debemos seguir profundizando.

Una sociedad fragmentada produce y potencia vivencias de desamparo y pánico, imposibilitando un procesamiento subjetivo. Los profesionales de la salud mental tampoco estamos exentos de estos procesos.

A partir de los conocimientos que han ido aportando las distintas disciplinas y en especial el psicoanálisis, es posible pensar nuevos modos de comprender y organizar los cuidados de la salud mental.

Reconocemos como principio que el cuidado de la salud de las personas es una responsabilidad indelegable del Estado, debiendo asumir nosotros, como profesionales de la salud mental, la responsabilidad de aportar constantemente en la búsqueda de sistemas que garanticen la mayor equidad en los servicios y básicamente en el tema que nos atañe, las estrategias que menos lesionen y limiten la libertad y los derechos de las personas con sufrimiento mental. De igual manera, las nuevas problemáticas a que nos vemos enfrentados cotidianamente nos pone frente a un desafío: repetir viejas prácticas para abordar nuevas problemáticas que la clínica actual nos plantea o abandonar el lugar de las certezas para animarnos a pensar nuevas modalidades de abordaje terapéutico.

En nuestro país y particularmente en nuestra provincia, el modelo asilar entró en un fuerte cuestionamiento y en un proceso de búsqueda de transformaciones, acuciados por el contacto con la experiencia italiana de desintitucionalización psiquiátrica, a principios de la década de los 80.

Los avances teóricos en el campo científico, tanto en lo biológico, psicológico y social dieron lugar a la aparición de técnicas de abordaje más integradores para la atención de las personas con sufrimiento mental. Comienza a observarse una preocupación cada vez mayor en evitar las internaciones prolongadas con la consecuente cronificación de los pacientes.

Es de destacar que nuestra provincia ha tenido el menor número de camas psiquiátricas en relación a su población. No obstante, en los últimos años se ha realizado un lento pero sostenido proceso de disminución del número de las mismas y un aumento significativo de la atención ambulatoria. Asimismo ha habido una incorporación de la salud mental a las estrategias de atención primaria conjuntamente con un desarrollo cada vez mayor de programas comunitarios.

Respecto al equipo de salud, este comienza a mirarse a sí mismo, a reconocer sus propios riesgos. Se llevan a cabo programas de capacitación, mejoras de las condiciones de trabajo y generación de espacios de intercambio para compartir experiencias, en general se observa un mayor

cuidado por la salud mental de las personas que trabajan en las instituciones.

Un capítulo aparte requiere la residencia interdisciplinaria de salud mental que se lleva a cabo en los dos hospitales psiquiátricos de nuestra provincia. Pensar qué significa la presencia de profesionales residentes de distintas disciplinas en el ámbito de una institución psiquiátrica, nos lleva a replantearnos y a interrogarnos acerca de la naturalización que se le atribuyen a algunos modos de funcionamiento en los cuales estamos todos incluidos y a encontrarnos con nuestros propios límites. Ellos, los residentes, nos enfrentan a aceptar la novedad, la diversidad que implica la sola presencia de jóvenes ansiosos de conocimiento, cuestionadores de un "orden establecido" de prácticas instituidas, de certezas seductoras en tanto veladoras de lo sin respuesta. Punto este en que dejamos de cuestionarnos, de buscar, de interpelar los saberes establecidos. Y ahí.... la presencia de

los residentes que en cuanto presencia real nos confronta con nuestras propias contradicciones. Quejas de un adentro que a veces podemos sentir que nos ahoga y miedo de un afuera que nos remite al desamparo, al no lugar.

Y hoy? Como situarnos en este nuevo espacio con un camino ya recorrido que nos separa de los modelos asilares tradicionales, por un lado, y los modelos de desintitucionalización, por otro.

Pensamos este espacio singular, en esta, nuestra realidad local, como un espacio transicional, espacio de entrecruzamientos de distintos paradigmas, de distintas posturas disciplinares que hoy coexisten, pero también como un espacio que genera las condiciones de posibilidad para un pensamiento crítico y complejo. Somos conscientes que estamos siempre cabalgando entre distintos modelos, distintas teorías, y esto se hace visible en las contradicciones de nuestras propias prácticas.

Consideramos que una manera de profundizar este espacio que se va configurando entre el ayer y el mañana, es pensarlo con una lógica de inclusiones, conjunciones e integraciones. Con una lógica que procure abarcar fenómenos propios de conjuntos heterogeneos como los que configuran individuos, grupos, instituciones, en sus múltiples articulaciones.

Pensar la desintitucionalización, con esta lógica y con la multiplicidad de herramientas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas actuales, no es una utopía.

Hacerla posible teniendo en cuenta la realidad local, por lo tanto de los sujetos que la conforman, sus mitos y posiciones con respecto a la locura, plantea numerosos obstáculos

“El cambio implica reducir en forma progresiva los dispositivos de la internación, e integrar la atención de salud mental en los servicios de salud generales” dice el informe de la OMS 2001.

Trabajo de transición, de puente, de avance en el camino ya recorrido, y también de resistencias, de rupturas.

Winnicott nos habla de estos procesos, de las transformaciones narcisistas importantes que se producen en las rupturas; de la reorganización de esquemas y de la necesidad de que los individuos y los grupos implicados inicien nuevas articulaciones y búsquedas.

El hospital psiquiátrico ha sido creado desde sus orígenes como un proyecto orientado a ocultar todo lo que la sociedad rechaza y no tolera, por atentar contra su cotidianeidad. Lugar de control social, de marginalidad, donde se intenta mantener bajo clausura la diversidad y lo heterogéneo.

Estas instituciones a causa de su misión social, están asignadas a una posición transicional y de articulación entre la patología y el orden social.

Dice Kaes “Tienen que administrar, acoger o tratar aquello que lo social excluye. Desautorizadas y magnificadas a la vez, ellas figuran en el espacio que acoge lo negativo”

Los que estamos comprometidos con las prácticas del hospital psiquiátrico, también estamos cruzados por esta “misión social”, por ello los cambios hacia otras lógicas amenazan el ideal terapéutico instituido. Los cambios imponen el hecho de ir al encuentro del enfermo mental “sin protección”, sin los dispositivos de la internación.

Los cambios enfrentan a los sujetos con condiciones de existencia que se tenían negadas. Se atacan los contratos (al decir de Kaes), que cada uno de nosotros tiene creado. Contratos y pactos implícitos, nunca manifestados, pero que operan con la fuerza que les da su carácter de inconscientes.

No obstante, la necesidad de sostén identificatorio y de una red de pertenencia son imprescindibles e ineludibles. El riesgo que conlleva esta necesidad de pertenecer es quedarnos atrapados o adheridos a la repetición de lo instituido y no dar lugar a la reflexión crítica y a la creatividad, para que se efectivice el proceso instituido-instituyente. Necesidad de nuevas construcciones que restituyan o construyan sentido a las modalidades y dispositivos de intervención, cuando la violencia, la inmovilidad, el aplastamiento de la temporalidad van ganando el espacio que debe pertenecerle a la vida.

Y tal vez, hoy, más que preguntarnos qué pensamos acerca de los hospitales psiquiátricos debemos avocarnos a problematizar cada una de nuestras prácticas. Y sean ellas, en realidad, quien mejor nos hable de lo

que es nuestra verdad acerca de lo que pensamos, sentimos y queremos de las instituciones psiquiátricas.

Bibliografía

Foucault, Historia de la locura

Freud, S Obras completas, Psicoanálisis y Psiquiatría. VOL 16

Freud, S Obras completas, El porvenir de una ilusión. VOL 21

Freud, S Obras completas, El mal esta en la cultura. VOL 21

Freud, S Obras completas, Tótem y Tabú

Fiorini, H Nuevas Líneas en Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid 1999

Galende, Psicoanálisis y Salud Mental

Goffman, E Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Barcelona 1987

Kaes, R. Sufrimiento y Psicopatológica de los vínculos institucionales. Paidos 1998.

OMS, Informe Sobre Salud Mental. 2003

Pichón Riviere. El Proceso Grupal. Nueva visión 1975

Schiappa Pietra. Trabajo en Salud Mental

Winnicott, D. Deprivación y Delincuencia. Paidos 1990