

Simona Di Marco

simonadimarcos@gmail.com

Italia, Rímini

Psicoanálisis operativo y etnoclínica en un Centro de Salud Mental y en la red comunitaria: la experiencia del Equipo Inclusión y Marginalidad en Rímini

Resumen (Abstract)

El presente aporte ilustra la experiencia clínica e institucional desarrollada en el territorio de Rímini para la toma a cargo de personas en condición de grave marginación adulta (personas sin hogar, solicitantes de asilo y migrantes con traumas complejos).

Superando el reduccionismo biomédico frente a los fenómenos de «sufrimiento urbano» (B. Saraceno), el modelo implementa un experimento epistemológico basado en la integración entre el psicoanálisis operativo de grupo de E. Pichon-Rivière y la etnoclínica complementarista de G. Devereux.

El dispositivo se apoya en dos niveles estructurales permanentes:

El Equipo Inclusión del CSM: grupo multiprofesional paritario (psiquiatra, enfermero/a, educador/a, trabajador/a social, TeRP) dotado de un encuadre (*setting*) protegido y de un ECRO compartido. Su tarea explícita une la toma a cargo directa (presupuesto de salud, vivienda, inserción laboral IPS, entrevistas etnoclínicas) a la consulta y supervisión etnoclínica de segundo nivel para los servicios territoriales. Se plantea la hipótesis de que la tarea implícita elabore las ansiedades básicas (pérdida y ataque), la contratransferencia institucional (F. Guattari) y la cultural (G. Devereux; M.R. Moro).

El Equipo Marginalidad territorial: nodo comunitario interinstitucional (Municipio, SerDP, bajo umbral) que opera en los lugares de vida según el principio del «gobierno desde abajo» (A. Appadurai), incluyendo prioritariamente los determinantes sociales de salud tanto en la evaluación de las necesidades como en las respuestas de atención.

Reconociendo la salud mental como «adaptación activa a la realidad», el trabajo demuestra cómo la complejidad impone una mente grupal comunitaria. Este dispositivo no debe entenderse como una excepción para los márgenes, sino como un modelo de intervención garantizado por todas las instituciones para todas las personas que requieren trayectorias de atención compartidas.

Palabras clave: marginalidad, inclusión, comunitario, multidisciplinario, dispositivo

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Buenas tardes a todas y a todos:

estoy hoy aquí para compartir una experiencia de trabajo clínico e institucional desarrollada dentro del Departamento de Salud Mental público de la ciudad de Rímini.

DESARROLLO

El objeto de nuestro trabajo es el encuentro con personas adultas en condición de grave marginalidad que presentan sufrimiento psíquico y acceden al Centro de Salud Mental, específicamente, a un equipo multidisciplinario dedicado a su atención.

Se trata en gran parte de personas migrantes, solicitantes de asilo o carentes de un estatus jurídico regular, provenientes de contextos geográficos y culturales heterogéneos. Hombres y mujeres que llevan los signos de trayectorias migratorias traumáticas y que están expuestos a condiciones de *homelessness*, a una radical privación material y a una compleja vulnerabilidad sociosanitaria, en la que el sufrimiento psíquico severo se entrelaza frecuentemente con trastornos por consumo de sustancias y condiciones de violencia ejercida y sufrida.

Estos fenómenos complejos son más explicables como emergentes de un proceso colectivo de sufrimiento urbano, que se sitúan al final de un camino de fracasos con respecto a la inclusión y a la defensa de los derechos fundamentales (Saraceno, 2019). Frente a esta clínica del margen, el paradigma biomédico clásico y la consulta ambulatoria tradicional chocan con sus propios límites epistemológicos: corren el riesgo de reducir las heridas causadas por la violencia social a meras disfunciones intrapsíquicas individuales, producidas en cambio por la negación de los derechos, por la precariedad de la vivienda y por la invisibilidad social.

El marco teórico: El experimento entre Psicoanálisis Operativo y Etnoclínica

Para dar sentido y método a esta complejidad, nuestro equipo ha emprendido un experimento teórico y metodológico: mantener juntos el psicoanálisis operativo de grupo de Enrique Pichon-Rivière con la etnoclínica de matriz complementarista, fundada en la obra de Georges Devereux.

Este injerto teórico es fundamental para nosotros.

Georges Devereux introdujo el principio del complementarismo, estableciendo que el dato psicológico y el dato antropológico-cultural deben pensarse juntos, sin que uno reduzca al otro a una mera variable secundaria. En nuestro modelo, el contexto sociocultural de procedencia de la persona migrante y/o en condición de marginalidad no es un elemento

accesorio, sino un código simbólico vivo: una red de pertenencias, mitos y sistemas de parentesco que debe entrar de pleno derecho en la reflexión clínica.

Enrique Pichon-Rivière, por otra parte, nos proporciona el instrumento operativo para hacer viva esta convergencia a través del concepto de epistemología convergente y la construcción de un ECRO compartido.

El dispositivo interno en el CSM: Encuadre (setting), Equipo y Mente Grupal

El Equipo Inclusión es un dispositivo institucional permanente dentro del Centro de Salud Mental que posee un encuadre (*setting*) riguroso y definido: un lugar (el Centro de Salud Mental), un tiempo protegido (el jueves por la tarde) y una tarea precisa.

Inspirado en los principios del grupo operativo, el equipo comprende profesionales con funciones y roles diferentes: una psiquiatra, una enfermera, un educador, una trabajadora social, una técnica de rehabilitación psiquiátrica (TERP).

Todos los integrantes comparten un ECRO que constituye nuestra matriz común: es el instrumento que permite leer el sufrimiento contemporáneamente como vivencia psíquica, como fenómeno corporal, como significado cultural y como resultado de una precisa condición social, geopolítica y jurídica.

Significa pensar el sufrimiento psíquico como emergente de una dinámica más amplia, como expresión de conflictos y ansiedades del contexto, resultante de factores que se influyen recíprocamente.

La tarea: Toma a cargo directa y consulta de segundo nivel

Dentro de este dispositivo, la tarea (*tarea*) se desglosa en dos niveles operativos precisos:

La toma a cargo directa de las situaciones complejas: co-construimos proyectos terapéutico-rehabilitadores individualizados de alta intensidad comunitaria. Utilizamos instrumentos como el presupuesto de salud, la inserción laboral con metodología IPS (*Individual Placement and Support*), itinerarios de acogida y de estabilización habitacional, entrevistas etnoclínicas y encuadres grupales de geometría variable que involucran a los mediadores culturales y, en la medida de lo posible, también a las redes familiares transnacionales en los países de origen.

La función de consulta y supervisión etnoclínica de segundo nivel: nuestro equipo se constituye también como espacio de asesoría clínica y metodológica para los otros equipos territoriales del Centro de Salud Mental y para los servicios territoriales (SPDC,

servicios de Protección de Menores, etc.) que encuentran dificultades en la atención de personas provenientes de universos socioculturales diversos.

La integración con la comunidad: El Equipo Territorial Ampliado (Equipo Marginalidad)

La complejidad requiere respuestas complejas, cuya elaboración necesita dispositivos que trasciendan los límites institucionales, salgan fuera de la consulta ambulatoria y sean auténticamente comunitarios.

Por este motivo nuestro dispositivo analítico no se queda aislado dentro del CSM. Su eficacia se funda en un segundo eje, también permanente: la integración estructural con el Equipo Marginalidad territorial, nodo organizativo del Centro de Servicios para la lucha contra la pobreza, constituido en Rímini en el marco del PNRR. El Centro de servicios se constituye como nodo de coordinación y apoyo instrumental a las actividades de los centros y servicios en el territorio que se ocupan de sujetos en condición de grave marginalidad social.

El equipo marginalidad territorial se reúne con regularidad (dos veces al mes) junto a los operadores del SerDP, a los servicios sociales del municipio, a los abogados expertos en derecho de extranjería, al Consultorio de medicina general para migrantes y a los operadores de bajo umbral, de las unidades de calle y de las realidades de autogestión social de la ciudad.

Definimos este equipo como un dispositivo comunitario, interinstitucional y multidisciplinario para gestionar la complejidad: un dispositivo capaz de reproducir socialidad donde ha sido interrumpida y de permanecer dentro de las comunidades en las que las personas viven. El equipo opera en los lugares físicos en los que la marginalidad habita: la estación, la calle, la acogida de bajo umbral. Es lo que Arjun Appadurai define «gobierno desde abajo»

(*governmentality from below*): una praxis en la que la salud no se impone desde arriba, sino que se co-construye partiendo de la escucha de la necesidad junto a los propios sujetos.

El trabajo del equipo se articula en diversas fases metodológicas:

La co-construcción de la narración biográfica de la persona, orientada a identificar factores de riesgo y de protección;

La identificación de los recursos y de las ofertas del territorio y la negociación de un proyecto personalizado.

El dispositivo grupal permite el análisis de la demanda y la redefinición de la necesidad a través del aporte de todos los integrantes en una óptica multidimensional. Las primeras acciones están orientadas a garantizar prioritariamente los determinantes sociales de salud (la vivienda, el inicio de los trámites legales para la regularización jurídica) y la asistencia sanitaria básica y la derivación, de ser necesario, a los servicios especializados de salud mental y al SerDP.

La tarea implícita: Resistencias, dinámicas institucionales y ansiedades básicas

Como sabemos por el psicoanálisis operativo, ninguna tarea explícita puede realizarse sin la elaboración de la tarea implícita.

Los integrantes del equipo provienen de múltiples instituciones que se influyen mediante proyecciones recíprocas de vivencias, fantasías, expectativas, historias, imágenes colectivas y diversas representaciones de los conceptos de ley, de cuidado y de enfermedad, que constituyen una densa trama de aspectos transferenciales y contratransferenciales. A esto se añade el mandato específico al que cada institución está llamada a responder, aspectos a su vez influenciados por el clima sociopolítico local y global.

Cada operador está inserto dentro de ámbitos con sus propios mandatos (implícitos y explícitos) que orientan y pueden obstaculizar las relaciones en el grupo de trabajo.

Para comprender estas resistencias nos vienen en ayuda dos constructos teóricos fundamentales:

El concepto de transferencia y contratransferencia institucional teorizado en el ámbito de la psicoterapia institucional por Félix Guattari, que se refiere a las dinámicas institucionales inconscientes en relación con el contexto y con la comunidad en la que la propia institución está ubicada;

El concepto de contratransferencia cultural, teorizado originariamente por Georges Devereux y profundizado por Marie Rose Moro, que considera la componente cultural de la

contratransferencia: es decir, el conjunto de las reacciones conscientes e inconscientes, implícitas y explícitas, de los operadores frente a la diversidad cultural y a las diferencias. Además, aspectos de sufrimiento y trauma no elaborados pueden reflejarse especularmente en la relación entre los integrantes del equipo.

El trabajo en el equipo moviliza intensamente las dos ansiedades básicas teorizadas por Pichon-Rivière:

El miedo a la pérdida: el temor del operador a perder sus propias certezas técnicas, las referencias teóricas tranquilizadoras y la identidad profesional preconstituida;

El miedo al ataque: la angustia paranoide y persecutoria frente a lo "nuevo", en la que la alteridad cultural, el trauma y la cruda violencia de la privación son vivenciados por el operador como una amenaza invasiva y desorganizadora, frente a la cual uno se siente inerme y privado de defensas técnicas.

Si estas ansiedades no se piensan, el riesgo institucional es la huida hacia defensas contratransferenciales escisivas: la hiperpsiquiatrización defensiva («es incomprensible, por lo tanto es psicótico») o, en el extremo opuesto, la evitación burocrática («es solo un problema sociocultural o asistencial, no nos compete»).

El equipo es el lugar analítico en el que la contratransferencia cultural e institucional puede ser finalmente acogida.

Planteamos la hipótesis de que la tarea implícita del equipo consista en analizar estos aspectos: permitir a las ansiedades ser nombradas y afrontadas para que el proceso de atención pueda continuar sin encallarse en la parálisis institucional.

CONCLUSIONES

Un paradigma para la salud mental pública

En conclusión, la experiencia del equipo nace del encuentro fecundo entre psicoanálisis operativo y etnoclínica.

Enrique Pichon-Rivière nos ha enseñado que la salud mental consiste en la adaptación activa a la realidad: la capacidad transformadora de un sujeto de incidir en su propio mundo relacional y material. Para una persona migrante en condición de grave marginación, consentir una adaptación activa significa devolverle la posibilidad de la palabra, el reconocimiento de su propia identidad y el acceso pleno a la comunidad de los derechos.

Esto implica buscar constantemente la complejidad sistémica de las causas, una operación que solo puede llevarse a cabo a través del trabajo en red dentro de la comunidad.

Nuestro deseo es que los dispositivos de atención colectivos y multidisciplinarios no sigan siendo una excepción confinada a los márgenes, sino que se consoliden como un modelo estructural, garantizado por las instituciones a cualquiera que afronte una condición de complejidad y necesite trayectorias de atención co-construidas.»

Les agradezco su atención.

Referencias bibliográficas

- Appadurai, Deep democracy: urban governmentality and the horizon of politics, «Environment & Urbanization», Vol. 13, n. 2, 2001
- Saraceno, Salute globale e diritti. Conversazioni sulla cura e la salute mentale, DeriveApprodi, 2022
- Leonardi, La colpa di non avere un tetto. Homelessness tra stigma e stereotipi, Eris Edizioni, 2021
- B. Saraceno, Psicopolitica. Città, salute, migrazioni, DeriveApprodi, 2019
- U. Fabietti, L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco, Carocci, 1995
- G. Devereux, Saggi di etnopsichiatria generale, Armando Editore, 2007
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - fio.PSD, Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, 2015
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023
- Regione Emilia-Romagna, Piano regionale per il contrasto alle povertà 2022-2024
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M5C2 - Investimento 1.3 Housing First e Stazioni di posta - Sub-investimento 1.3.2 Stazioni di posta (Centri servizi per il contrasto alla povertà)
- E. Pichon-Rivière, Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale, Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985 (ed. orig.: El proceso grupal, Nueva Visión, Buenos Aires, 1977).
- F. Guattari, La trasversalità [1964], in Psicoanalisi e trasversalità, Orthotes, Napoli-Salerno, 2024.
- J. Bleger, Psicoigiene e psicologia istituzionale, Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1989 (ed. orig.: Psicohigiene y psicología institucional, Paidós, Buenos Aires, 1966)