

Pulice, G

Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura. Fundamentos éticos de su clínica. Buenos Aires, Letra Viva, 2018. Capítulo IV, Páginas 69–96

Antes de empezar...

El recorrido que ahora iniciaremos apunta a abordar diversas cuestiones relativas a la compleja articulación entre los conceptos de *transferencia* y *dirección de la cura*, y el trabajo cotidiano del acompañante terapéutico. Son temas que consideramos muy importantes para poder pensar de qué manera puede introducirse algún ordenamiento en nuestro trabajo clínico, especialmente en medio de todo este estado de ebullición que se viene produciendo a partir de la promulgación en distintos lugares de nuestro país de diversas leyes y normativas de regulación profesional del *Acompañamiento Terapéutico*, y la posibilidad cada vez más cierta de que se promulgue a la brevedad una ley de alcance nacional. Lo que tiene como consecuencia que se reabran de pronto preguntas muy fuertes sobre la especificidad de esta práctica. Por ejemplo —y como punto de partida de la presentación de cualquier proyecto de ley—, es indispensable circunscribir su objeto de aplicación: es por lo tanto necesario definir *qué es el Acompañamiento Terapéutico*.

Pero no solo eso. Se empiezan a cruzar también ahí otras definiciones, que hacen a la delimitación de incumbencias, la delimitación académica de su figura, y el establecimiento de pautas para regular la formación de los acompañantes. Y en este contexto, resulta asimismo esencial poner de relieve la necesidad de avanzar en la construcción de las instancias jerarquizadas de capacitación —en particular, en el marco de la *Universidad Pública*—, que genere las condiciones para la aplicabilidad de la ley, en sus exigencias académicas.

Identidad del AT.

Hay algunas preguntas que insisten, y en esa insistencia se pierde a veces de vista el equívoco que subyace a su formulación. Por ejemplo, una de las cuestiones que más insiste en las redes sociales es: «¿Qué es un acompañante terapéutico?» Aparece ahí la pregunta por la consistencia ontológica, por el «ser» del AT. Es una pregunta que produce cierta incomodidad, porque las distintas definiciones que se ensayan resultan, en algún punto, siempre fallidas. Pero en verdad, es una pregunta que por su modo de estar formulada puede conducir a error, o por lo menos, se presta a ciertos malentendidos, porque si se pregunta por el «Ser», la respuesta sugerida también nos lleva a ensayar definiciones relativas al «Ser». Cuando nos preguntan *qué es un AT*, dan ganas de salir a buscar el *manual del AT* para responder, no? Incluso, de diagramar su figura: acá le ponemos el *yo auxiliar*, en este costado la *capacidad de contener*, más arriba el *amortiguador de las relaciones familiares*, el traje de bombero, la nariz de payaso... Pero hay una trampa

en pensar la identidad del acompañante terapéutico en términos del *ser*, de definir qué es.

Para ilustrar esta dificultad, podemos remitirnos al análisis que propone Wittgenstein respecto del concepto de «juego», a propósito del cual cabe preguntarse: «¿Qué hay en común entre juegos como, por ejemplo, el ajedrez, el póquer, y el fútbol?». Todo intento de postular teóricamente la existencia de dicha propiedad común a todos los juegos resulta en vano. Conviene pues centrar la mirada en los juegos mismos, y ver qué ocurre en ellos. Y lo que al hacerlo se percibe —señala este autor— no son propiedades ni características comunes a todos ellos, sino, simplemente, propiedades y características similares, es decir, propiedades entre las que parece advertirse cierto parecido. Si se comparan varios juegos diferentes, se verá que uno de ellos guarda cierto parecido con otro, éste a su vez se parecerá de un modo u otro a un tercero, tercero que, a su vez, acaso se parezca en tal o cual punto al primero, en algo que muy posiblemente no será aquello en lo que se asemejan el primero y el segundo y el segundo y el tercero. De los miembros todos de la clase «juego» no puede, pues, decirse, que posean una propiedad común definitoria. Damos ejemplos de estas semejanzas pero no logramos definir las, ya que los límites entre ellas son imprecisos.

¿Acaso no encontramos una dificultad similar cuando intentamos abarcar en una definición al *Acompañamiento Terapéutico*, o encontrar un rasgo en común que logre hilvanar todas sus posibles incumbencias, funciones y *semblantes*...?

En verdad, la respuesta resulta mucho más productiva cuando la podemos pensar en relación al **estar**. Cuando intentamos definir su identidad no en términos del «ser», sino de su «modo de estar». Hay algo distintivo, característico, esencial al AT se podría decir, que tiene que ver con el modo de ofrecer su *presencia*. Es una presencia que no se ofrece de cualquier manera, se ofrece —en primer lugar— de un modo amable, es esencialmente un modo de estar caracterizado por la *hospitalidad*, al menos en un primer momento. ¿Un modo de estar amable para qué? ¿En qué consiste ese amable modo de estar? ¿Cómo pensar ese modo de estar, en términos de una intervención —de una *intervención clínica*, más precisamente? ¿Para qué estamos tan amablemente ahí? Pues bien, estamos ahí para que ese sujeto —a quien recibimos para ser acompañado en circunstancias de lo más diversas—, pueda ir encontrando un buen lugar de alojamiento en el dispositivo, en contraposición a las dificultades que viene experimentando para hallar algún lugar mínimamente soportable en el *deseo del Otro*. Por el sólo hecho de *estar allí disponible*, por su mera «presencia en exclusividad» a disposición del sujeto, el acompañamiento tiene ya *efectos terapéuticos*.

No obstante, es preciso estar advertidos de que, en la medida en que no siempre esa presencia ha sido requerida por el usuario —siendo incluso, con frecuencia, expresamente rechazada—, hay un primer movimiento a producir: que esa *presencia*, pueda ser bienvenida. Resulta muy interesante, en este punto, la referencia propuesta por Santiago Franco respecto del pensamiento de Jaques Derrida sobre la «*hospitalidad y sus leyes de acogida*». Desde el inicio de un acompañamiento, la problemática de la hospitalidad se presenta de manera invertida: es el AT —con su *encuadre ambulante*—, quien toma el lugar del *huésped*, a condición de ser aceptado dentro de la vida cotidiana de quien es

acompañado «...incluso en su propia casa (...) el sólo gesto de recibirlo en su casa, coloca a quien es acompañado como quien dicta las leyes condicionales de la hospitalidad que dibujan los límites de su propiedad. Al mismo tiempo, quien es acompañado se convierte en el primer garante para que esas mismas leyes sean respetadas tanto por él, como por los huéspedes que lo acompañan» [1]. Es recién allí, cuando ese movimiento de acogida resulta suficientemente logrado, que podemos comenzar a pensar en un nuevo nivel de intervención, que pueden incluso conducir al sujeto a abrir alguna interrogación sobre las arbitrariedades y los sinsentidos de sus propias leyes de hospitalidad.

Fíjense que al postular las cosas así, comenzamos a producir un modo distinto de ordenamiento. Y cuando digo «ordenamiento», no quiere decir que lo que vamos a trabajar tiene que ver con la pretensión de establecer de antemano el orden de las intervenciones, sino de poder poner en conversación ciertas herramientas conceptuales que son fundamentales para tener alguna lectura, alguna brújula que nos pueda orientar, ahí donde es de lo más habitual que se nos convoque a intervenir casi a ciegas —y muchas veces a toda prisa—, en situaciones de la más alta complejidad que se puede encontrar en el campo de la *Salud Mental*.

Interdisciplina en acción...

Vamos a empezar al revés. En una de las ponencias del congreso de Mar del Plata [2], escuchaba decir: «los psiquiatras nos tiran al paciente...». Perdón, a nadie le tiran un paciente, si uno no se pone donde tiran pacientes para atajar los pacientes que tiran... Entonces, los psiquiatras no nos tiran los pacientes. En todo caso, si están tirando pacientes, bueno, hay que irse para otro lado, ¿no? Cuando se dice algo así, es que no hay coordenadas de lectura para escuchar qué demanda está en juego. Ahora, en el momento en que hay una demanda de intervención, tenemos que tener en cuenta que la mayoría de los psiquiatras han cursado toda la carrera de medicina, toda la especialización en psiquiatría sin recibir en su formación un solo párrafo respecto de cómo implementar la figura del acompañante terapéutico. Les voy a decir un secreto: hay que enseñarles...

—*Mauricio Hermann: Así como a los jueces, también, ¿no?*

Y muchas veces a los psicoanalistas, también...!!! Pero fíjense que una cosa es si el acompañante, en el momento inicial, cuando le empiezan a comentar el caso, tiene algunas herramientas como para decir: «Bueno, ¿pero cómo se está configurando el dispositivo?». Por ejemplo: «¿Están dadas las condiciones para salir a la calle con este paciente, o no? ¿Hay algún espacio de entrevistas familiares, o no? ¿Se viene trabajando con esa familia con la que se está planteando la externación, para que el sujeto vuelva? ¿Cómo es ese trabajo? ¿Qué se viene viendo?». Vale decir, una cosa es que el AT simplemente reciba en forma pasiva, por ejemplo, los *objetivos terapéuticos* —que se plantean siempre, inevitablemente en la solicitud inicial de intervención—, y otra cosa es que a partir de esos *objetivos terapéuticos* él mismo pueda empezar a sopesarlos, a desmalezar el terreno, a ir reconociendo y

discriminando los *imperativos institucionales*, los *imperativos familiares*, los *imperativos superyoicos* puestos en juego incluso por el mismo sujeto...

Como señalaba anteriormente [3] —tomando algo muy interesante que plantea Magalí Besson [4]—, la clínica del *Acompañamiento Terapéutico* empieza abrir una fuerte interrogación sobre los saberes en juego, sobre el cruce de saberes que se conjugan en nuestras intervenciones, en el abordaje de pacientes con trastornos graves [5]. Es muy importante no perder de vista que el *Acompañamiento Terapéutico* nace como una pura experiencia, y que esa experiencia se fue jugando en un cruce de discursos del que no sólo participan el psicoanálisis y la psiquiatría, sino que hay además una multiplicidad de otros discursos en la conversación. De hecho, no es que todos los psicoanalistas o todos los psiquiatras hablan la misma lengua, sabemos que hay concepciones clínicas muy distintas entre los mismos psiquiatras y también entre los psicoanalistas. Y hay asimismo posiciones discursivas que no se condicen con las estrategias que luego se sostienen. Una cosa es lo que se dice, y otra es lo que se hace, los discursos pueden ser muy convincentes y cautivantes, pero luego hay que ver cómo es que cada uno interviene: qué se entiende por *abstinencia*, por ejemplo. Y ahí algunas veces se notan diferencias muy importantes. Hay que tener mucho cuidado también con esa discriminación de «escuelas» que a veces se hace, cuando en realidad lo que interesa —más allá del enunciado— es cómo cada uno sostiene su posición en el momento de las intervenciones, en el momento de coordinar un equipo, en el momento de transmitir la información entre compañeros. Porque ahí los discursos muchas veces pierden consistencia, y lo que acontece se juega en un registro muy distinto, que no es el del *Sujeto Supuesto al Saber*, sino en *lo Real de la transferencia*. Y es ahí donde cobra su pleno sentido la palabra: *Ética*.

En este contexto, vale la pena insistir en poner de relieve que uno de los rasgos más distintivos y originales de la producción bibliográfica propia del *Acompañamiento Terapéutico*, es que ella **nace** de ese cruce de discursos. Su escritura, ya está habitada por ese cruce de discursos, está en su ADN, se podría decir, como marca de nacimiento, como impronta esencial, constitutiva de su *identidad*. Está habitada por esas discusiones de equipo multidisciplinarias, en esa interlocución permanente con todo el abanico de disciplinas, prácticas e instituciones del campo de la *Salud Mental*. Como decía Mauricio Hermann, también hay que incluir aquí el *discurso jurídico* [6], que muchas veces nos atraviesa de distintos modos, no solamente en el trabajo con pacientes judicializados, sino por ejemplo ahí dónde la figura de la *mala praxis* empezó desde hace un tiempo a ser una presencia cada vez más fuerte, y ya es parte del juego. Estamos inmersos en una *praxis* que no está exenta de esa presencia, que nos introduce también —y nos pone en conversación— con el *discurso jurídico*. Pero lo que me interesa destacar es que ese cruce de discursos no lo tenemos que inventar, es el agua en que nadamos, el charco del que surgimos, y nuestro pan de todos los días.

Sería muy raro, entonces, que en nuestra transmisión no estuviera presente esa mixtura discursiva, que creo que es un rasgo, una «*marca de origen*» muy especial. Y, si se leen bien, en la mayoría de los textos que hay publicados específicamente sobre *Acompañamiento Terapéutico* —que ya son muchos—, van a encontrar que esa producción está marcada por la diversidad de lenguas. Esto creo que es algo

muy interesante, que siempre se pone de relieve en nuestras jornadas y congresos, pero también cada vez que participamos en los eventos de otras disciplinas en *Salud Mental*, en donde hemos tenido que atravesar todo tipo de discusiones, incluso confrontaciones discursivas y políticas —me refiero aquí particularmente a las *políticas en Salud Mental*—, cómo hacer para atravesar esas incomodidades y no morir en el intento? Dificultades que los AT han tenido desde el inicio, y siguen teniendo que atravesar en cada experiencia clínica. En fin, me parece que lo que se está cocinando a fuego lento —quizá, no tan lento, porque en realidad hubo en los últimos años una muy interesante producción—, tiene esa impronta. Y no sólo en las conversaciones, sino que está ya nuestra escritura habitada también por esa multiplicidad de discursos. Rica, sabrosa, colorida y bien picante.

En el cruce de discursos, la posición del AT.

Ahora, parece que esto trae también algunos problemitas ¿no? Porque es el terreno propicio para el extravío. Es decir, esa misma multiplicidad de discursos que, por un lado, da este rasgo tan original y simpático a la caracterización del AT, que parece tan plural, tan abierta y tan políticamente correcta, es sin embargo, al mismo tiempo, algo que genera las condiciones para las mayores confusiones, a la hora de definir su lugar y su *función*. Esta suerte de «*elogio de la multiplicidad de discursos*» es algo que se viene destacando desde el *VII Congreso Internacional*, celebrado en la ciudad de San Pablo en el año 2012 [7]. El lema de aquél congreso proclamaba las «*Polifonías del AT*». Pero hay un problema con la polifonía: que en la *fiesta de la interdisciplina*, perdamos la posibilidad de pensar desde alguna perspectiva la *lógica* del caso, para situar con cierta precisión la posición transferencial del acompañante terapéutico y —recién así— poder orientar sus intervenciones. En esa polifonía de discursos, los acompañantes terapéuticos están muchas veces en riesgo de quedar extraviados, de confundir su propia posición y su rumbo. El montaje al que se nos convoca a intervenir, suele ser estruendosamente polifónico. Pero la lógica del caso, en verdad no lo es.

A propósito de este extravío, se me ocurría la siguiente analogía: ¿vieron cuando van a una fiesta de disfraces, que en la medida en que van tomando una copa, y otra copa, y luego otra, hay un momento en el que la muchacha que se disfrazó de reina termina con el parche del ojo del pirata, el pirata con la peluca de uno que se disfrazó de juez, y el juez con las faldas de la reina...? Y bueno, la interdisciplina, cuando no hay alguna coordenada de lectura que permita ordenar lógicamente esas distintas intervenciones, se presta a que en el baile de disfraces al final uno termine no sabiendo de que esta disfrazado, cómo delimitar en el dispositivo su lugar y su función. Y se podrán imaginar que hay un problema importante en no saber qué es eso que *uno* encarna para el *otro* —en nuestro caso, el AT para el sujeto acompañado—, algo que Lacan describió muy bien en el inicio de su seminario sobre la angustia, con la fábula de la *mantis religiosa*...

Se hace preciso entonces examinar desde dónde se puede articular ese ordenamiento de los discursos y las intervenciones. Cómo poder delimitar allí la función de cada una de las instancias intervinientes. Cómo hacer para que, en ese

barullo polifónico del inicio de la intervención, esos lugares no se desdibujen y se confundan. Cómo hacer para que el AT tenga además, en ese contexto, la suficiente cuota de libertad y autonomía. Y, fundamentalmente, cómo articular eso en un «*movimiento de conjunto*», para que esa diversidad de intervenciones y esa diversidad de discursos, de voces, de acciones no terminen reproduciendo la misma fragmentación que el sujeto padece en los distintos niveles de su experiencia subjetiva. Porque la maraña de voces, demandas e imperativos encubre —según la experiencia clínica nos muestra una y otra vez— un déficit a nivel de estructura.

Hay que pensar que cuando intervenimos en relación a usuarios que requieren la conformación de un equipo múltiple, esa multiplicidad de intervenciones es el cabal reflejo de la fragmentación del sujeto, de cierto *déficit de anudamiento* en el nivel de su realidad psíquica. Cuanta mayor diversidad de instancias es preciso introducir para el abordaje de un sujeto, más patente se hace la fragmentación subjetiva con la que estamos teniendo interlocución. Ahora bien, si el equipo responde espejando esa fragmentación, no hacemos más que confirmarle ominosamente su destino de despedazamiento. Y aunque parezca un anacronismo, de hecho este seccionamiento aún hoy se sostiene como terapéutica, y desde ciertas concepciones clínicas está legitimado como modalidad de abordaje, y se practica como tal. El neurólogo —o el psiquiatra— examina sus estudios e indica la medicación; la institución escolar ofrece a los niños —bajo la mascarada de la inclusión— sus herramientas de adaptación psicopedagógica; el psicólogo —cuando lo hay—, haciendo lo mejor que se le ocurre, quietito en su consultorio; y los acompañantes yendo y viniendo sin ton ni son, de aquí para allá, sin que haya ningún punto de encuentro que permita siquiera una mínima lectura de conjunto. Tenemos entonces, de un lado, la fragmentación en un sórdido silencio; del otro lado —como contracara de la misma moneda—, el barullo de la polifonía, sin ningún ordenamiento. Esas prácticas y esas terapéuticas en tensión, son precisamente las que los acompañantes vienen desde hace tiempo interrogando y cuestionando, haciendo cada vez más visibles sus incongruencias e ineficacia.

Pero justamente por eso podemos decir que, en el campo de la *Salud Mental*, el acompañante terapéutico pasó a ser uno de los productores más importantes de interdisciplina, uno de los promotores más importantes del trabajo en equipo. Ahora, fíjense que para poder entrar en interlocución con un psiquiatra, con un psicoanalista, con el director de una clínica —y con el sujeto mismo que está siendo acompañado en medio de ese montaje, fundamentalmente— hay que poder estar a la altura de esa interlocución. Y «*estar a la altura*» quiere decir que es esencial —para poder sostener dignamente esa interlocución—, tener las herramientas conceptuales adecuadas, vale decir, una formación que nos permita a nosotros mismos hacer alguna lectura del caso y argumentar de modo consistente nuestros puntos de vista. De lo contrario, el acompañante terapéutico se convierte en una suerte de *caballo con anteojeras que acompaña*, producto de esas variopintas propuestas de capacitación que —con la promesa de una pronta salida laboral—, se convierten en ***maquinarias masivas de malformación de acompañantes***. Porque lo que forman son personas con anteojeras que se dicen acompañantes terapéuticos, cuando en verdad no lo son. Y que no tienen la posibilidad de ensayar siquiera una mínima lectura de ninguna lógica, ni de ninguna cura, porque en la mayoría de los casos jamás se analizaron tampoco.

Por el contrario, para empezar a establecer más o menos criteriosamente la orientación, el sentido de nuestras intervenciones, eso debería desprenderse de poder captar con alguna precisión —y más allá del polifónico barullo inicial—, algo de lo que se está jugando en *esa* intervención, en *ese* momento, para *ese* sujeto. Sujeto que por otra parte, como vamos a ver, no es siempre tan fácil de localizar.

Sujeto y Demanda, en el inicio de la intervención.

Es interesante lo que plantea *Leonel Dozza* [8] respecto de la dificultad para localizar al *sujeto*, y es toda una cuestión a pensar: *¿Cuál es el sujeto del tratamiento?* Nos dicen cual es *el paciente* pero no sabemos cuál es *el sujeto*. Todavía no sabemos qué sujeto tenemos como interlocutor, cuál es el *fantasma* que comanda la escena. Esto hay que tenerlo en cuenta, porque no siempre el *acompañado* está en posición de *sujeto*. A veces, para llegar a que el *acompañado* coincida con el sujeto, es necesario todo un trabajo de puesta a punto del dispositivo, en el que siempre conviene incluir las entrevistas familiares —con frecuencia más o menos regular—, incluso la generación de un espacio de análisis para la madre, para el padre, para los hermanos, y recién entonces se podrán ir despejando ciertas cuestiones... Recién allí se podrá empezar a abrir cierta pregunta en relación al deseo del sujeto, sobre el que hasta ahora no teníamos ni noticia, porque hasta ahora ni siquiera tenía lugar como sujeto en el dispositivo. Era un «*paciente*». *¿Se entiende cuál es la diferencia?* Y hay una puesta a punto del dispositivo en la que, en primer lugar, muchas veces se trata de poder discriminar quién es el «*paciente*» y quién es el sujeto, y cómo llegar a que ese que nos traen como «*paciente*» pase a tener una posición de sujeto. Entonces, en el primer momento *¿que tenemos?* Tenemos el padecimiento, *¿de quién?* Muchas veces ni siquiera es el del paciente. Tampoco coincide siempre el padecimiento de ese por el que se consulta, con el del sujeto. Muchas veces el sujeto está lo mas pancho, jodiéndole la vida a toda la familia. Al contrario, no hay cosa más linda que joderle la vida a toda la familia, que me mantengan, que enloquezcan por mí... Eso en algunos casos, no digo que siempre sea así. Lo que interesa es que no podemos dar por supuesto de entrada que el que padece es el sujeto por el que se pide intervención.

Entonces, en esa puesta a punto inicial del dispositivo, hay cierta pregunta que es necesario poner a trabajar en relación a saber quién padece, quién es el sujeto del padecimiento. Porque para que haya un *sujeto* que coincida con ese que nos presentan como «*el paciente*» tiene que despejarse, tiene que presentarse, tiene que acontecer en algún momento *algo* que se registre para ese sujeto como un padecimiento. No podemos dar por supuesto que esto se presenta en el punto de partida. Lo que tenemos en el punto de partida muchas veces es la queja de los padres, la queja del hermano, el hartazgo, el hastío de años y años de estar luchando con una situación con la que ya no se sabe qué hacer. Entonces, por un lado, nos encontramos con el enigma absoluto sobre *el padecimiento* y sobre *el deseo*. *¿Se dan cuenta?* *¿Cómo vamos a intervenir, o hacia dónde vamos a intervenir, si no sabemos quién es el sujeto, no sabemos de quién es el padecimiento, y no sabemos cuál es el deseo en juego?* Se dan cuenta que, para

poder tener alguna intervención dotada de algún sentido, algo primero tenemos que empezar a despejar en relación a estas cuestiones.

Pero entonces... ¿qué *Demanda* está en juego, y cuál es el sujeto de esa *Demanda*? Fíjense que hay ahí toda una cuestión relativa a la pregunta por el *Sujeto*, que es necesario poner a trabajar a partir de ese barullo, de esa maraña de *Demandas* y *silencios* que con frecuencia se ponen en juego desde el inicio. Habitualmente, no es el propio usuario quién solicita el acompañamiento, y no siempre la totalidad del entorno familiar de la persona a quien se va a acompañar está en un todo de acuerdo con nuestra intervención, y mucho menos cuando de lo que se trata es de introducir **una presencia extraña** en la intimidad de la vida familiar. En esa tensión, en la modalidad misma de la *solicitud de intervención*, hay algo sin embargo que ya se empieza a desplegar, dándonos los primeros indicios sobre la lógica del caso. Ciertas coordenadas que a veces sólo pueden ir situándose cuando se tiene la posibilidad de avanzar en ese tratamiento a lo largo de cierto tiempo, que pueden ser meses, pueden ser años: pueden ser 35.000 horas ininterrumpidas de acompañamiento terapéutico, como en el caso que presentaron una vez Gustavo Racca, Ariel Rondinone y Gerardo Pérez, 15.000 más que las leguas de viaje submarino de Julio Verne [9]. No obstante, hay algo ahí que se pone en juego ya en el momento mismo de la *solicitud de intervención*. Hay siempre ciertos indicios que, aunque resulten apenas perceptibles —y no siempre de manera conciente— dan cuenta de entrada de la singularidad de la *Demanda*, y algo nos empiezan a decir sobre la lógica del caso. Claro, el problema es que no tenemos aún las herramientas de lectura para saber *qué es eso que se está desplegando*. Porque eso que se está desplegando, ahí, de entrada, en el momento mismo de la *solicitud de intervención*, para poder leerlo, es necesario que podamos empezar a construir ¿qué cosa...?

—El vínculo...?

—El encuadre...?

—La particularidad del caso, el caso en sí mismo...?

Sí, eso está muy bien... Pero lo que nos permite situar las verdaderas coordenadas, la clave del caso, lo que es necesario empezar a construir para poder orientar la lógica de nuestras intervenciones, es **la Otra escena**. ¿A qué me refiero con la *Otra escena*?

—¿La supervisión? ¿Dónde estuvo el tercero...? No hubo supervisión, no hubo terceridad...

Esperá... que todavía no empezamos el acompañamiento, todavía no pasó nada...!!! (risas). Bueno, vamos a ir de a poquito, en seguida vamos a volver sobre esto... ¿Qué hay en el momento de la *solicitud de intervención* de un AT?

—Una necesidad...?

Puede ser, hay una necesidad, sí, ¿pero de quién? De todos modos, es difícil sostener que se trate estrictamente de una «*Necesidad*». No es una pregunta cualquiera, poder situar —a partir del momento en que se solicita la intervención de un acompañante, o un equipo—, qué *Necesidad*, o qué *Demanda* está en juego. Y fíjense que estoy estableciendo una distinción que es conceptualmente muy

importante, entre «*Solicitud de Intervención*», «*Necesidad*» y «*Demanda*». ¿Es igual si esa solicitud de intervención nos llega a través del *Messenger* porque alguien vio en *Facebook* que nos pusimos como nombre de perfil «*AT no sé cuánto*», y entonces nos mandan un mensajito diciendo que *necesita* un acompañante para su hijo? ¿Es lo mismo que si viene formulada por alguien que nos contacta y nos pide acompañamiento para sí mismo? ¿Es igual si llega a través de una institución educativa? ¿O a través de un psiquiatra? O a través de un terapeuta —cualquiera sea su orientación—, con quien ya tenemos varios años de experiencia de trabajo, con quien hemos tenido ocasión de atravesar distintas circunstancias en relación al trabajo clínico con distintos pacientes...?

Digo, la *Demanda* que allí está en juego, ¿se inscribe en todos esos casos de la misma manera? Porque la intervención no se plantea del mismo modo, cuando un acompañamiento tiene el carácter de una indicación, como parte de una estrategia, cuando hay un profesional que está diciendo: «*Bueno, por determinados motivos esto viene funcionando con dificultades*»; o bien: «*Podemos empezar a pensar con este paciente que vengo atendiendo hace tanto tiempo, pasó por una internación, es el momento de empezar a pensar cómo vuelve a programar sus actividades, vamos a apuntalar la intervención con un acompañante terapéutico*». Entonces, allí sí hay interés por parte del terapeuta, de convocar un *AT* o un equipo de acompañantes terapéuticos como parte de una estrategia. Pero no todos los acompañamientos comienzan así. No obstante, aún en este caso, fíjense que, más allá de la acertada indicación que pueda haber por parte de un terapeuta, tiene que haber algo más que haga de soporte, para que esa indicación de acompañamiento terapéutico pase a inscribirse como *Demanda*.

Cabe aclarar que este término —«*Demanda*»—, tiene en el campo del Psicoanálisis un valor conceptual sumamente importante y específico, y es preciso estar advertidos de que, en el momento de la solicitud de intervención —y aún en el inicio mismo—, sobre eso, no sabemos nada. Lo que nos permite el acceso a las claves de lectura y la discriminación de las demandas en juego, es la producción de ese *Otro Saber* que, a falta de palabras, insiste en revelarse en la modalidad de la mostración y del pasaje al acto, sobre determinando con sus tensores ocultos de acero invisible la configuración del montaje que se nos presenta, y sobre el que se nos invita a intervenir. Pero la producción de ese *Otro Saber* —y la construcción de esa *Otra Escena* de la que es solidario— requiere de un tiempo, de la puesta en juego de una temporalidad nueva que es preciso producir y sostener. Pronto volveremos sobre ello.

NOTAS

[1] Franco, S.; *La hospitalidad y lo «terapéutico» del acompañamiento*, texto presentado en la *II Jornada de Acompañamiento Terapéutico en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires*, el 30 de Agosto de 2017, actividad preparatoria para el *XIII Congreso Argentino*, y el *XI Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico*.

[2] *XII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico*, 2016.

[3] Mesa Redonda: *Epistemología y AT*, actividad programada como parte del *XII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico*, en la que participaron también Daniela Tello (Córdoba) y Mauricio Castejón Hermann (São Paulo, Brasil).

[4] Besson, M.; *Acompañamiento Terapéutico: una voz que haciendo herencia, interpela*, Inédito.

[5] Tema desarrollado en la conferencia de Bogotá, el 26 de agosto de 2017

[6] Mini-curso: «*Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura*», *XII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico*, Mar del Plata 2016.

[7] El *VIII Congreso Iberoamericano / VII Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico: Polifonía. As diversas vozes do AT* se realizó en la ciudad de São Paulo, Brasil, en Noviembre de 2012.

[8] Dozza de Mendonça, L.; *Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano*, Buenos Aires, Letra Viva, 2014.

[9] Racca G.; Rondinone A; y Pérez G.; *35.000 horas de acompañamiento terapéutico consecutivas, ¿deben plantear un problema ético?*, en AAVV; *Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico*, Buenos Aires, Polemos, 2002. Como puede apreciarse, el título mismo de ese trabajo, planteaba como interrogante si habría que considerar allí algún problema ético, en caso de que un acompañamiento se continúe eternamente.

Acercas de los objetivos terapéuticos.

En sintonía con lo que fuimos desarrollando, conviene examinar otra de las cuestiones que habitualmente se ponen en juego de manera problemática en el comienzo de una intervención, condicionando —no siempre del modo más favorable— las coordenadas del encuadre y la orientación de las intervenciones del acompañante: los «*objetivos terapéuticos*». Determinar con alguna precisión esos objetivos casi puede resultar equivalente, en cierto sentido, a definir la función del AT, lo que justifica poner de relieve la importancia de mantener abierta una pregunta fuerte respecto de cómo delinearlos, cómo calibrarlos, y cómo calcular sus condiciones de posibilidad. Como decíamos en la entrega anterior, con frecuencia nos encontramos de entrada en medio de cierta «*confrontación*» entre esos objetivos terapéuticos —que, según el caso, se nos *proponen*, *sugieren* o *imponen*—, y las impulsiones y acciones concretas que por otro lado se empiezan a observar —tanto por parte del sujeto como de su entorno familiar— en dirección opuesta a su realización.

Pero vayamos por partes... Cabe preguntarnos, en primer lugar: ¿quién establece los objetivos de una intervención, y con qué criterio?

Como ya se ha señalado en otras ocasiones, no siempre quien los propone es el terapeuta o el equipo tratante: a menudo es algún integrante de su familia, e incluso el mismo sujeto. Cuando es así, los objetivos que se plantean suelen estar comandados por ciertos ideales e imperativos de supuesto bienestar: «*que el paciente pueda trabajar*», «*que pueda hacer deportes*» o «*que pueda estudiar*», es decir, que pueda conquistar su autonomía y encarrilarse en las vías adaptativas que la sociedad propone para establecer que un sujeto «*está bien*»... Está bien si trabaja, si estudia, si hace las cosas que tiene que hacer. Pero el hecho de que *sea feliz*, por ejemplo, o que deje de estar permanentemente angustiado, pasa con frecuencia a un segundo plano; y la pregunta acerca de cuales podrían ser los motivos que se oponen a la concreción de esos objetivos, queda por completo fuera de registro. Y esto no es sin consecuencias, pues más tarde o más temprano, si no es reconocido y encauzado, ese malestar que permanece en fermentación no tardará en traer algunos problemas. Pues más allá de la legitimidad que parezcan tener estos objetivos, pronto se revelan otros indicadores que nos empiezan a susurrar al oído que algo no está bien sintonizado respecto del deseo del sujeto.

Pero entonces, ¿cómo reconocer cuando esos objetivos son pertinentes, viables y sostenibles, y cuándo no lo son? ¿Cómo posicionarse, cómo responder a esa suerte de «*prematuración de objetivos*» que se le proponen al acompañante? [1] En este contexto, no es un detalle menor si en el momento inicial, cuando le presentan el caso, el AT tiene suficientes herramientas conceptuales propias como para considerar: «*Bueno, esos objetivos están ok, pero ¿cómo se está configurando el dispositivo? ¿Se corresponde esa configuración y las actividades programadas con las condiciones físicas y afectivas de este sujeto, y las demás cuestiones que en éste momento es preciso atender?*». O por ejemplo: «*¿Están dadas o no, las condiciones para salir a la calle con él?*». Y lo más importante: «*¿Hay algún espacio de entrevistas familiares, o no lo hay...? ¿Se viene trabajando con esa familia con la que se está planteando la externación, para que el sujeto vuelva a vivir allí...? ¿Cómo es ese trabajo? ¿Qué se viene observando respecto de la dinámica familiar, y del lugar que este sujeto viene ocupando para su familia? ¿De que manera viene respondiendo su entorno familiar a las intervenciones previas...?*». Parecen preguntas muy simples, no obstante ponen en juego cierto nivel de captación de la situación sobre la que se interviene, de profunda complejidad. En donde la precisión con que esas preguntas puedan ser formuladas —y las decisiones que se tomen a partir de ello— puede tener además importantes, incluso decisivas consecuencias prácticas.

Vale decir, una cosa es que el AT simplemente reciba en forma pasiva esos objetivos terapéuticos que se le plantean; y otra cosa es que, a partir de

ello, tenga en claro que luego, cuando la intervención se ponga en marcha, habrá que empezar a desmalezar, habrá que discriminar los objetivos *ideales* de los *posibles*, a partir de ir detectando y desactivando con mucha paciencia los imperativos institucionales, los imperativos familiares, y también los imperativos superyoicos puestos en juego por el mismo sujeto. A veces él mismo se propone realizar proyectos que a todas luces está muy lejos de poder sostener, pero nosotros no le podemos decir descarnadamente, y en cualquier momento: «...no, no vas a poder ser jugador de fútbol...». No resulta muy recomendable decir eso. Por más descabellado que parezca, uno no puede empezar un acompañamiento poniendo en tela de juicio eso que para el mismo sujeto representa su máxima ilusión, a la que tal vez nunca va a llegar. Uno no puede decir: «No, a ese horizonte nunca vas a llegar», porque además, uno nunca lo sabe.

Tenemos sobrados ejemplos en nuestra propia casuística para ilustrar eso. De hecho, nos hemos encontrado tantas veces casi en el escenario de una «cura milagrosa»...!!! Porque efectivamente, hay determinadas intervenciones que empiezan a producir efectos sorprendentes, a funcionar muy bien, y cuando eso se conjuga con que hay un grupo familiar que está comprometido con el tratamiento —en donde ese mal lugar en que quedó alojado el sujeto en el contexto familiar estuvo más bien sobredeterminado por ciertas contingencias que, luego de algún tiempo de trabajo, es posible desenredar y desactivar— resulta que algo se acomoda, y el sujeto puede reposicionarse y afirmarse en un lugar mejor. Y de pronto, se empiezan a abrir sorpresivamente las compuertas de la indeterminación, y arribamos al umbral del libre albedrío.

En estas ocasiones, cuando es posible sostener con continuidad un espacio de entrevistas con los padres, ganar confianza, e interesar a cada uno de ellos en la reconstrucción de la historia familiar —y revisarla en paralelo junto con la historia clínica del sujeto—, se recuerda de pronto que durante determinado momento de su primera infancia se atravesaron circunstancias muy alienantes, de altísimo nivel de afectación para alguno de los padres. Situaciones que tuvieron el efecto de privar al niño de su protagonismo, sumiéndolo —en momentos claves de su estructuración psíquica— en un marcado desamparo afectivo: la muerte o la enfermedad prolongada de algún familiar cercano, o la pérdida del trabajo por parte de alguno de los padres, por ejemplo. Es decir, situaciones en que la disponibilidad libidinal del entorno familiar queda tan restringida, que al sujeto apenas si le llega lo suficiente para encender su chispa de sujeto deseante. Se lo viste, se le da de comer, se lo lleva al médico, se lo amamanta quizás... Pero no se le habla, no se le mira, no se le sonríe. No hay tiempo de prestarle atención, y ya sabemos que la atención que no se le presta a un niño, puede devenir en déficit. Y ese déficit de atención por parte del Otro, cuando el niño lo padece durante demasiado tiempo, puede cristalizar pronto en esas promocionadas figuras medicables que describe la psiquiatría infantil. Sin embargo, y luego de algún tiempo —que pueden ser varios años—, esa situación familiar se supera, y todo se reordena. Pero al sujeto le quedaron las marcas, las huellas de que hubo un tiempo crucial en su estructuración subjetiva, en que el Otro estaba distraído, y no estaba en condiciones de prestarle atención. Pero ahora sí...!!! Y resulta que luego de cierto tiempo de trabajo, nos encontramos con que eso que un año antes resultaba impensable —por ejemplo, que ese sujeto en algún momento salga a caminar

sólo por la vía pública, vaya a la parada de un autobús, lo tome, se baje donde se tiene que bajar para dirigirse a la institución a la que concurre diariamente—, de pronto acontece.

Ahora bien, las cosas no siempre suceden así. Especialmente, cuando no se trata de hechos circunstanciales de la historia familiar —que accidentaron la infancia de un sujeto que era de todos modos bienvenido—, sino de *la fatalidad instalada y hecha trama*, herencia maldita que se repite y se transmite sórdidamente por más de una generación. Los imperativos familiares, allí, pasan a tener otra consistencia, y no se desmontan con la buena voluntad y el entusiasmo del AT, ni con la aplicación disciplinada de ningún objetivo terapéutico. Por el contrario, cuando se tropieza con «*eso*», se percibe de pronto cierto malestar en la escena —que en no pocas ocasiones se dispara por sorpresa, con la temporalidad de un rayo—, malestar que el acompañante puede experimentar en distintos niveles de afectación, y que constituye, además, una puesta a prueba para todo el dispositivo.

Conviene detenernos aquí, para intercalar una observación importante, sobre un tema que pronto vamos a retomar. Algo que está íntimamente relacionado con el *estar ahí* del acompañante terapéutico —y cuando decimos *estar ahí*, eso incluye el hecho de pasar a ocupar cierto lugar en la escena, y no precisamente un lugar decorativo, de simple testigo, ni en un registro meramente imaginario. Recuerdo que en el congreso de Mar del Plata [2] ciertos colegas hablaban de *los dolores en el cuerpo del AT*, y proponían unas interesantes técnicas de relajación para tramitar ese malestar corporal que producen los acompañamientos... Eso está muy bien...!!! Pero lo que más ayuda a tramitar los dolores en el cuerpo que producen los acompañamientos, es el espacio de supervisión, o el análisis personal —por ejemplo—, para poder ir situando qué afectación despierta en nosotros la conflictiva familiar que se está desplegando **no alrededor nuestro, sino atravesándonos**. Porque les voy a dar una noticia: eso, es la transferencia. Y resulta oportuno aclarar cierto malentendido en torno de este concepto, que habitualmente queda restringido al ámbito del amor: por cierto, no sólo es amor lo que se transfiere...!!!

Ahora bien, hay una modalidad de transferencia tempranamente descrita por Freud, que es la *transferencia salvaje*. Uno no puede evitar ir por ejemplo a alguno de los comercios de su barrio y salir afectado por las cosas que se hablan allí. Algunas veces voy a un Rapi-pago cerca de mi consultorio, en donde el señor que atiende promueve siempre —para salir de su propio hastío, supongo— todo tipo de polémicas sobre temas políticos, fútbol, etc. Entonces se arman conversaciones en la cola, y uno sale afectado, a partir de esos efectos transferenciales con potentes cargas afectivas, cruzados en discusiones intrascendentes. Eso es la transferencia salvaje. Pero nosotros, en tanto profesionales del campo de la Salud Mental, no podemos entregarnos salvajemente a la transferencia, tenemos que saber qué hacer con eso... Entonces, ¿podemos evitar la

afectación? No, no podemos evitar la afectación. Porque además, nos estamos ofreciendo a la afectación, no podemos rehuir de algo a lo que nos estamos ofreciendo, porque sería una estafa. Pero entonces, ¿qué hacer con eso? Por otra parte, fíjense que se desprende de allí un interrogante fuerte: ¿qué es *eso* que pide tramitación, que requiere ser tratado —no sólo interpretado—, para que un determinado sujeto y su entorno familiar puedan experimentar cierto alivio, más o menos duradero, respecto de su padecimiento psíquico?

—*Hablábamos de eso en el break del almuerzo, de que no estamos preparados para todo. Primero tenemos que trazarnos nosotros los límites, para saber qué pacientes estamos en condiciones de abordar. Estábamos hablando mucho en todo este Congreso sobre la Ley, pero también nosotros mismos tenemos que poner cierto límite en relación a la función del AT, y poder decir que no, y poder derivar a otra persona cuando lo que nos piden que hagamos no tiene que ver con nuestra función [3].*

Está bien, ese es un punto muy importante, y retomo lo que decíamos más temprano en otro espacio, en cuanto a que no esperemos de la ley que nos regule la Ética, no esperemos de la ley que nos regule el «Saber hacer» en la clínica, ni los objetivos de intervención. La ley va a regular ciertas cuestiones administrativas, está llamada a delimitar algo en relación a los umbrales necesarios de formación para que alguien sea reconocido como AT, y otras cuestiones que se pueden situar yo diría más bien en el ámbito administrativo y laboral. Por supuesto que eso incluye también la delimitación de ciertas coordenadas deontológicas, éticas y clínicas. Pero no esperemos que la ley delimite también cuándo y hasta dónde un acompañante está en condiciones de asumir cierta responsabilidad en determinado caso —o con determinada población de pacientes— y cuándo no. Hay algo ahí que me parece importante en lo que situaban recién, y es que no sólo hay determinadas intervenciones que exceden las incumbencias del AT —que se sitúan más bien como propias del *cuidador* o del *enfermero*, por ejemplo—, sino que uno también puede atravesar ciertos momentos en que está más sensible a determinadas cosas, y hay algunos casos que en circunstancias así conviene no atender. Eso no lo va a reglamentar ninguna ley.

Pero a ver, estábamos con los *objetivos terapéuticos*.

Bienvenidos los objetivos terapéuticos como punto de referencia, ¿no? Porque siempre conviene tener algún punto de referencia cuando somos convocados a intervenir. Ahora bien, como decíamos —aún con todo el respeto por quien nos convoca a intervenir, y con la mayor sutileza del mundo—, esos objetivos requieren validación. ¿Son precisos, esos objetivos? ¿Se ajustan al caso? ¿No se ajustan? ¿Son fantasiosos? ¿Son nazis...? Pueden tener distintos aromas y fachadas los objetivos terapéuticos. Pero lo cierto es que resulta mucho más inquietante cuando no hay ninguno, cuando no hay ninguna orientación, cuando la

convocatoria es: «... bueno, vamos a empezar un acompañamiento a ver qué pasa...». Resulta un poco más inquietante, porque cuando esto se plantea de este modo, suele ser indicador de que no hay allí ni la más mínima lectura del caso. No obstante, si a pesar de ese vacío de objetivos inicial, luego se da lugar a que en el espacio del acompañamiento se ponga a madurar alguna mínima demanda por parte del sujeto, las cosas pueden de todos modos marchar muy bien.

Como decía, nos encontramos en el momento de la demanda inicial, con los objetivos terapéuticos iniciales, y ahí nos tenemos que poner a desmalezar los distintos imperativos en juego: los institucionales, los familiares, los superyoicos. Superyoicos muchas veces también del lado del equipo, del terapeuta, y ¿porqué no? de los mismos AT. En donde muchas veces, además, los *Superyó* de los psiquiatras y los terapeutas piden curas exitosas, y empujan a los usuarios a algo para lo que todavía no están listos. Por otra parte, cada disciplina, cada especialidad está en tensión con sus propios imperativos específicos, que pueden muy bien devenir en *imperativos de goce* en los que se pierde el registro del sujeto, y se obtura, en consecuencia, su condición *deseante*.

Llegados a este punto, conviene introducir algunas cuestiones muy importantes, que nos permitirán empezar a poner en conexión lo que venimos desarrollando respecto del inicio de los acompañamientos y el establecimiento de objetivos, con los conceptos de *transferencia* y *dirección de la cura*.

Sobre la configuración del dispositivo, y el «cálculo» de la angustia.

Para avanzar un poquito más en este recorrido, me gustaría detener ahora nuestra atención en uno de los acontecimientos más sorprendentes de la clínica, de cuya captación y resolución depende de manera decisiva la eficacia de la intervención: ¿porqué los momentos de las interrupciones, de los sabotajes más violentos por parte de algún integrante del grupo familiar, ocurren tan frecuentemente justo cuando el proceso terapéutico parece estar marchando muy bien? A modo de ilustración, les propongo examinar el caso presentado en San Pablo por Maria Tereza de Castro Piedade, en el marco del *XI Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico* bajo el pintorezco título de «*El baile de salón*». El desenlace — como podrán apreciar en la lectura del material—, si bien puede resultar

sorpresivo, no es para nada infrecuente. Por el contrario, hasta podríamos afirmar que es algo que se verifica clínicamente con suma asiduidad.

Recuerdo también un caso en el que trabajé hace muchos años, que casi lo propondría como paradigmático.

Se trataba de *Maxi*, un niño de unos 10 / 11 años, quien venía de sus tratamientos anteriores con un diagnóstico de *retraso mental profundo*. Era en verdad un pequeño diablillo, que no se quedaba quieto ni por un instante, y a modo de juego, además, pellizcaba a quien se le pusiera al lado. Parece que eso era una especie de juego que había introducido su padre, sólo que este niño no controlaba la fuerza con que lo hacía, por lo que sus pellizcos en verdad resultaban muy molestos, en ocasiones incluso dolorosos. En el momento en que se solicitó mi intervención como AT, el objetivo era que pudiera acompañarlo en los traslados entre su casa y la institución a la que se estaba incorporando, una *Clínica de Día* con orientación recreativa. Si bien jamás había pronunciado ni una sola palabra, su madre aún conservaba la esperanza de que algún día él comenzara a hablar. Durante un par de meses el acompañamiento se realizó en su domicilio, incluyéndose progresivamente salidas por el barrio, mientras se iba afianzando el vínculo entre el niño y su acompañante. Paralelamente, los padres tenían entrevistas en la institución, a la que también llevaban a *Maxi* para que se fuera familiarizando con el lugar y con sus futuros compañeros. Transcurrido ese tiempo, se consideró que era hora de hacer la primera prueba, y las cosas funcionaron muy bien...!!! Salvo por un pequeño detalle: al regresar a su domicilio, nos recibe su padre, con la noticia de que la mamá de *Maxi*, apenas nos habíamos ido, se vio afectada por una súbita hemorragia vaginal, de la que le llevó una semana recuperarse. Durante los días subsiguientes, se suspendieron las entrevistas familiares, la adaptación a la institución, y también el acompañamiento, abriéndose un paréntesis de final abierto, en el que parecía que todo se vendría a pique. Afortunadamente, el vínculo transferencial establecido previamente con el director de la institución y con el acompañante, permitió abordar luego lo acontecido, pudiendo retomarse la intervención y haciéndose posible al cabo de algunas semanas más la inclusión de *Maxi* en el dispositivo institucional. La lectura que en ese momento se hizo del caso, es que para la madre, ese movimiento de separación que el niño pudo lograr, había resultado casi literalmente como un desgarramiento en lo *real*...!!!

Lo cierto es que lejos de ser una excepción, es por el contrario hartamente frecuente que cuando los acompañantes, el analista, el psiquiatra y el resto del equipo tratante piensan: «*Que bien que está marchando esto...!!!*», es justo el momento en el que izas..! se interrumpe el tratamiento... Pero ¿cómo podemos entenderlo? ¿Podríamos prevenirlo? ¿Hay alguien que se anime a ensayar alguna explicación...?

—*En realidad yo creo que es porque ya no está el depositario del problema, porque si yo corro a ese sujeto, lo corro del foco, cuando ya está haciendo avances, ¿a quién le echamos la culpa sobre los problemas que hay a nivel familiar? Tiene que haber alguien que sea depositario de todo eso que no funciona, y es generalmente la persona que está sufriendo alguna patología o alguna enfermedad.*

Está muy bien, pero propongo hacer un pequeño giro en relación a lo que decís: parece que sí, que das en el clavo, que hay ahí algo que sorpresivamente se precipita a partir de que las cosas empiezan a marchar bien con ese sujeto, en el que estaba cristalizada toda la problemática familiar. De pronto ese, el que no podía, el que estaba siempre mal, el que hacía berrinches, el que nos arruinaba la vida, de pronto está cambiando de lugar...!!! Pero no es la culpa, sino **la angustia** lo que se empieza a movilizar. Se empieza a movilizar la angustia, y **pide implicación**, además. Y justamente por eso, cuando se empieza a vislumbrar que el sujeto tiene la potencialidad de salirse de esa posición que venía ocupando quién sabe desde cuándo —incluso tal vez desde antes de su nacimiento—, es justo en ese momento, que se empieza a mover algo de la angustia familiar. El cambio de posición del sujeto en la escena familiar resulta disruptivo, moviliza algo ciertamente insoportable. Entre otras cosas, porque abre una pregunta fuerte sobre la implicación de cada uno de los actores del elenco en el sostenimiento de la fijeza de esa situación de la que, supuestamente, se desea salir. Por eso, cuando la angustia movilizada en el grupo familiar pide implicación, es como en el juego del «*huevo podrido*», ¿no? Lo insoportable de esa angustia movilizada, se lo queda el distraído. Con el riesgo de que *el distraído* pase a ser el equipo tratante, si no se puede prever desde el comienzo cómo alojar algo de lo insoportable que la angustia moviliza, ofreciendo a su tiempo alguna vía de elaboración y tramitación.

—*El AT viene a hacer un cambio importante, rompe con toda una estructura...*

A ver... Si el AT pretende «romper» con toda la estructura, lo más probable es que se rompa antes el acompañamiento. Entonces, fíjense que si se produce esa ruptura, es que algo quizás no pudimos leer muy bien en el nivel del ordenamiento del dispositivo y del manejo de la transferencia. Vale decir, se está pasando por alto ese cálculo que Lacan, en el comienzo mismo del *Seminario 10*, plantea como esencial para que las cosas puedan marchar: «*Está, en efecto, en la lógica de las cosas, es decir, de la relación que tienen ustedes con su paciente. Sentir la angustia que el sujeto puede soportar los pone en todo momento a prueba*». Obviamente, ese cálculo de la angustia se complejiza bastante en el abordaje multifamiliar. Pues ya no se trata simplemente de calcular el monto de angustia que puede soportar el sujeto.

—*Yo no digo que la ruptura sea con el paciente, la ruptura es con el que boicotea el trabajo que se está haciendo con el paciente...*

Bueno, pero cuando eso se produce es que hay un monto de angustia que no se está calculando muy bien, y no se lo fue pudiendo procesar a tiempo. Por otra parte, el que boicotea, es a menudo al mismo tiempo quien solicitó nuestra intervención, y quien, además, la sostiene económicamente...!!! El problema es que mientras esa ambivalencia afectiva permanezca fuera de todo registro conciente, es en vano esperar

algún reposicionamiento de parte de la madre, el padre, o de quién sea. Sobre esto, Freud señala algo que es muy interesante, algo que él empieza a articular en relación a *la transferencia* y la *pulsión de muerte* —que es un término que ayer lo escuché nombrar muy a la ligera, pero que sin embargo es importante poder articularlo con mucha precisión con lo que estamos abordando hoy. Lo que dice Freud es que *si convocamos a los demonios, después tenemos que saber qué hacer con los demonios*. Lacan lo dice de un modo más poético, él habla de *«la beldad detrás de los postigos...»*. Allí —esto hay que saberlo— nuestra propia *presencia* es la carnada para tentar a los demonios, a la beldad, o a la bestia —como ustedes prefieran llamarle—, para que en su despliegue —en *transferencia*— de pronto nos atraviese y nos envuelva.

Pero ese es recién el comienzo. Porque lo cierto es que no invocamos a *«eso»* para después salir corriendo asustados apenas se presenta, sino para verle la cara, para interpelarlo. Pues recién allí podremos medir cuáles son las fuerzas con las que estamos lidiando y comenzar a orientarnos acerca de aquello sobre lo que estamos convocados a intervenir. Y si cuando *«eso»* por fin se despliega, no sabemos qué hacer —porque uno no tiene porqué saber siempre qué hacer—, al menos tenemos que estar advertidos de que necesitaremos tener la paciencia y el temple suficiente para soportar la situación, para ganar un tiempo —como propone Gerard Pommier [4]—, hasta saber qué hacer... Esto del *«Saber Hacer»*, es un punto muy importante que luego valdrá la pena retomar. Pero lo que interesa situar aquí es que en el momento mismo del inicio de la intervención —aún antes, podemos decir: en el momento mismo de la *«solicitud de intervención»*—, tenemos que tener la prudencia suficiente para medir si aquello que vamos a movilizar, estaremos luego en condiciones de contenerlo. Y, por supuesto, empezar a pensar cómo vamos a instrumentar las instancias necesarias para que el dispositivo se corresponda con los requerimientos del caso. Si no, toda la intervención resultará fallida. Desafortunadamente, no siempre es posible descifrar estas cosas a tiempo. Y, por otra parte, nada nos garantiza que, al momento de revelarlas —no importa cual sea ese momento— se apaguen súbitamente las luces del salón, y se de por terminado el baile.

De todos modos, lo que interesa destacar aquí es que si vamos a movilizar angustia —y ya sabemos que es así—, tenemos que tener la precaución de empezar a implementar, paralelamente, alguna instancia del dispositivo destinada a elaborar con cada uno de los integrantes del elenco familiar sus propios puntos de angustia, para intentar que en el momento en que se logre un reposicionamiento del sujeto y se produzca cierto cimbronazo en la escena, eso no implique una ruptura, por ejemplo, de parte de los padres, o alguno de los hermanos.

Muchas veces se suele enfocar todo en la relación con la madre, o el vínculo con el padre, pero con frecuencia hay también un condimento decisivo en la causación de la psicosis —y otras patologías graves— que tiene que ver con la problemática del doble: por ejemplo, lo

insuportable de compartir con *otro* cierto lugar en la escena familiar, y en algunos casos no hay posibilidad de resolver esto saludablemente. Mucho menos si se trata del lugar de un muerto, como en los casos en que se pone al niño o a la niña el nombre de un hermanito muerto al nacer, o elegido en el transcurso de un embarazo perdido. Y bueno, muchas veces para que el sujeto con el que estamos trabajando empiece a poder tener algún lugar, algo tiene que reacomodarse, por ejemplo, en relación al lugar de los hermanos, ¿no?

Entonces, si no hay posibilidad en el mismo momento de la «*solicitud de intervención*», en el mismo momento en que empezamos a pensar el caso, si no tenemos la prudencia de saber que vamos a invocar a los demonios —o a la beldad—, de saber que vamos a movilizar angustia de una magnitud que no podemos medir todavía, si pensamos que vamos a poder contener lo que todavía no sabemos medir, entonces corremos el riesgo de que apenas se empiece a movilizar algo de eso, justo a la madre se le ocurre concluir el acompañamiento, o cambiar a su hijo de institución, o empieza a haber una serie de pequeños boicot que van generando una tensión creciente, en donde empieza a empantanarse el caso de una manera en que ya no se sabe para donde va.

Digo esto, porque fíjense que en el momento mismo de la «*solicitud de intervención*», se empiezan a desplegar aquellos elementos que nos dan un primer acceso para empezar a captar la lógica del caso, y para empezar a pensar a partir de allí como configurar el dispositivo con el que vamos a abordarlo. Si de estrada imponemos un dispositivo pre-modelado, corremos el riesgo de aplastar toda posibilidad de lectura. ¿Se entiende? Solo lograremos —apenas por un tiempo— sofocar la angustia.

Por eso, cuando hablamos de *ordenamiento*, esto no quiere decir ordenar un dispositivo igual para todos los pacientes. Por el contrario, ese momento inicial nos empieza a abrir preguntas respecto de cómo tenemos que empezar a pensar, en cada caso, la configuración del dispositivo [5], para que en el momento en que nuestras intervenciones empiecen a tener eficacia —que ya sabemos que la tienen, no hace falta que nos lo digan—, tengamos alguna previsión sobre cómo vamos a contener y tramitar lo que movilizamos allí. Pero... ¿Corresponde al acompañante terapéutico la producción de este ordenamiento...?

Acerca de *la dirección de la cura*.

Como podrán apreciar a través del recorrido que fuimos realizando, desde el inicio mismo de la solicitud de intervención se ponen en juego una considerable diversidad de factores de suma complejidad, cuya adecuada articulación resulta a menudo decisiva para el devenir de cada tratamiento. Cabe aclarar que cuando hablamos de «*inicio*», no hablamos

de los tres primeros días, ni de dos semanas, ni de un mes, no estamos planteando las cosas en términos cronológicos, o de etapas. Nos interesa conceptualizar ese momento inicial en términos lógicos, por ser un momento crucial a partir del cual se comienza a inferir, a configurar, a construir la lógica de la cura, tanto en términos *técnicos* —en el nivel de la táctica y la estrategia—, como en sus dimensiones *ética* y *política*. En esta perspectiva, entonces, el inicio de la intervención podemos conceptualizarlo como el período de tiempo necesario para dar lugar a que en este nuevo escenario «*terapéutico*» —que inauguramos con la puesta en marcha del dispositivo, es decir, con nuestra *presencia*— se produzca algún movimiento disruptivo, que nos posibilite descubrir dónde se traba la rueda, porque se vuelve siempre al mismo lugar. Es el tiempo que necesitamos para poner en valor aquellos indicios que, en su insistencia, se vuelven señal. Las notas discordantes, los pequeños detalles que no encajan, que desentonan en la escena, pero que sin embargo constituyen nuestra vía de acceso privilegiada para la captación del trasfondo que sobredetermina ese *montaje* —vale decir, la situación sobre la que fuimos convocados a intervenir. *Montaje* que, por otra parte, está compuesto habitualmente de piezas de lo más bizarras y heterogéneas, pero cubiertas de un logrado envoltorio de «*normalidad*».

En este contexto, lo que nos interesa abordar aquí, en primer lugar, es *cómo establecer nuestra presencia en la escena*, y cómo sostenerla durante el tiempo necesario para ir haciendo visible el *fantasma* que comanda su trama. Que a menudo no es, precisamente, el fantasma del sujeto, pues para que éste llegue a constituirse de manera más o menos lograda, hay una operación de por medio que —en el mejor de los casos— aún no ha tenido ocasión de realizarse. Obviamente, es imposible esclarecer todo esto en el momento inicial, porque para poder hacerlo necesitamos no de una situación, sino de una secuencia de situaciones que nos permitan captar —en su aparente sinsentido— *eso* que insiste en la escena, y que no puede dejar de repetirse.

Pronto vamos a ponerle nombre a «*eso*». Pero antes de seguir avanzando, quisiera hacer un breve comentario a propósito de ciertos pronunciamientos que se vienen escuchando en los últimos tiempos respecto de *la dirección de la cura* y *la posición del AT* que me parecieron muy interesantes, y que siempre nos permiten refrescar nuestro pensamiento y nuestra labor. En primer lugar: ¿qué entendemos por *dirección de la cura*? Ante todo, es importante aclarar que el texto de Lacan, *La dirección de la cura y los principios de su poder*, es en realidad una intervención relativamente temprana en su recorrido, apenas de 1958. No es sin embargo una expresión que él haya abandonado, muy por el contrario. Pero es preciso advertir que en ese momento Lacan no contaba aún con una serie de herramientas conceptuales que resultan sin embargo indispensables para orientarnos en nuestro trabajo clínico, pero que fueron desarrollándose tiempo después. Ahora se nos hace difícil —al

menos desde la perspectiva psicoanalítica de orientación lacaniana—, pensar la clínica sin la noción de *fantasma*, por ejemplo, o sin el *objeto a*, el *semblante*, o la noción de *Sinthome*. Pero sin embargo, hay ya en ese texto un esclarecimiento ético y una orientación clínica muy importantes, que mantienen plena vigencia. Es preciso advertir también que no encontraremos en Lacan ningún desarrollo o esclarecimiento técnico respecto de cómo pensar la dirección de la cura en el contexto de un abordaje múltiple, y mucho menos respecto de la inclusión de acompañantes terapéuticos. Es por lo tanto, un tema en el que resulta indispensable seguir avanzando en su desarrollo e investigación. Y, de todos modos, creo que vale la pena mantener esta pregunta abierta: ¿qué entendemos por «*dirección de la cura*»?

Lo que se escucha en las distintas jornadas y congresos, es que al intentar situar la *posición del AT*, o establecer el modo de articular ese espacio respecto de la *dirección de la cura*, se producen todo tipo de polémicas, encerronas y extravíos que dan lugar a algunas confusiones de considerable magnitud. Se hablaba en la *Jornada de Paraná* [6], por ejemplo, de la incomodidad que se genera cuando el acompañante terapéutico parece ser tratado como «*el pibe de los mandados*». Entonces aparece como contraparte: —A mí, nadie me va a dirigir...!!! Pero entonces: ¿el acompañamiento es una intervención por completo autónoma respecto del psicólogo, el psiquiatra, y los demás profesionales intervinientes? Por otra parte: ¿es necesario que alguien dirija la cura? Ojo, esto no lo pregunto como chicana desde una tribuna política, lo estoy planteando como un problema clínico: ¿por qué alguien tiene que dirigir la cura? ¿O no tiene que dirigirla nadie, y las decisiones acerca de *dónde va la cosa* salen simplemente de la posibilidad de cada equipo de llegar a un consenso? ¿La dirección de la cura es una cuestión de *consenso*? De lo que se desprende una pregunta fuerte: ¿el acompañante terapéutico, puede dirigir la cura?

Esto es algo interesante que se pone de relieve como un rasgo muy singular entre algunos de los acompañantes terapéuticos brasileños, particularmente en San Pablo, en donde buena parte de ellos son psicólogos con títulos de posgrado, tienen una sólida formación en psicoanálisis, y en algunos casos toman acompañamientos terapéuticos en forma autónoma: realizan las entrevistas con los padres, con el psiquiatra, con el dispositivo institucional —en caso de que lo hubiera— pero no se piensan ni se nombran como psicoanalistas, sino como *AT*. Hemos tenido varias conversaciones sobre esto con algunos colegas paulistas como Mauricio Hermann, Clarissa Metzger —entre otros—, y la pregunta que se me ocurría es: —Bueno, pero en ese caso ¿son acompañantes terapéuticos, o están operando en verdad como analistas? ¿O es que, presentándose como *AT*, se están autorizando a realizar ciertas intervenciones que resultarían «*cuestionables para un psicoanalista*», que quedarían —al menos para algunas congregaciones y capillas lacanianas—

fuera del *setting* del psicoanálisis...? Y entonces, esas intervenciones que implican salir a la calle, o ver al paciente en la casa, y a la madre bajo un árbol de la plaza, que no se corresponderían con la caricatura del psicoanalista, se ajustan mejor a la figura del AT. Me parece que son cuestiones a pensar, porque entonces ahí sí, habría un acompañante terapéutico dirigiendo la cura. Y ojo: en muchos casos, con muy buenos resultados...!!! Estamos hablando de colegas muy bien formados, y no es que están improvisando, o haciendo cualquier cosa. Simplemente, se autorizan como AT en cierto nivel de intervenciones que, desde cierta pacatería académica, muy propia de las «Escuelas de Psicoanálisis», serían inaceptables para un psicoanalista.

Traigo a colación este rasgo particular de algunos de los acompañantes terapéuticos brasileños, porque ahí nos encontramos con una puesta en tensión muy interesante del asunto, que nos permite introducir otras preguntas. Por ejemplo, cómo repensar desde el psicoanálisis el concepto de *abstinencia*, o cómo situar los límites de la autonomía del acompañante terapéutico, retomando lo que planteaban Heraldo Cabaña [7] y Cecilia López Ocariz en la *Jornada de Paraná*. ¿El acompañante terapéutico tiene que estar todo el tiempo *pidiendo permiso*? Vamos a pensarlo también desde otro costado: ¿Qué es lo que hace límite? ¿Hay algo que haga límite a su autonomía, en las intervenciones del acompañante terapéutico? Porque la *creatividad* es muy importante, la *autonomía* es hermosa, pero en cuanto erramos el tiro con nuestras intervenciones, las consecuencias pueden resultar catastróficas. Entonces, podríamos decir que con *autonomía* y *creatividad* no siempre alcanza para cocinar un buen pastel en el campo del *Acompañamiento Terapéutico*. Con esos únicos dos ingredientes es muy probable que no cocinemos un buen pastel.

Creatividad y *Autonomía* son dos palabras muy potentes, muy seductoras, pero que nos pueden conducir al extravío si no logramos conjugarlas con algunas otras herramientas que nos permitan hacer una lectura de conjunto, en perspectiva, sobre lo que está sucediendo en el aquí y ahora de nuestra intervención. Porque cuando podemos hacer alguna lectura de lo que está sucediendo ahí, en el trasfondo, nos damos cuenta de que la creatividad sí hay que aplicarla, pero no para cualquier cosa, ni en cualquier momento y dirección. Nos enteramos de que la autonomía que tenemos es sin dudas muy limitada, pues nos vamos encontrando a cada paso con ciertas fuerzas que van a contramano de los objetivos trazados, condicionando —a veces drásticamente— nuestra pretendida autonomía, de la misma manera que condicionan y restringen todo lo relativo al campo del *deseo*, en aquellos sujetos en relación a los que estamos interviniendo. Descubrimos entonces que, en ese montaje, pasamos de pronto a formar parte del elenco, a tener un papel en la trama. Y una vez allí, somos también testigos privilegiados —pero fundamentalmente, partícipes— del despliegue de una secuencia en la que no se pueden dejar de repetir siempre las mismas escenas.

Cuando decimos que *no se pueden dejar de repetir las mismas escenas* de las cuales somos, además *partícipes*, estamos conectándonos con ciertos conceptos que ahora sí, nos hacen apelar de manera indispensable al campo del psicoanálisis. Retomaremos a partir de aquí, en nuestra próxima entrega.

NOTAS

- [1] Ver Pulice, G.; *La Ética en el Acompañamiento Terapéutico*, en *Memorias del 5° Congreso Internacional, 6° Iberoamericano y 1er. Congreso Mexicano de Acompañamiento Terapéutico / Querétaro 2010*.
- [2] *XII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico*, que tuvo lugar en la ciudad de Mar del Plata, en diciembre de 2016.
- [3] Intervención de un participante en contexto del Mini-curso: «*Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura*», *XII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico*, Mar del Plata 2016.
- [4] Pommier, G. *La transferencia en la psicosis*, Buenos Aires, Kliné, 1997.
- [5] Flory, A.; Schubert, J.; Yujnovsky, N; *Un dispositivo para cada sujeto*, texto publicado originariamente en Flory, A.; Montini, A. (Comp.); Trazar con otros. *Experiencias de Hospital de Día*. Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Editorial de Entre Ríos, 2012.
- [6] Jornada en 2 movimientos: «*Acompañamiento Terapéutico y Universidad Pública. Experiencias de formación: UADER / UNR*», que se desarrolló los días 11/08/17 en Paraná, y 1/09/17 en Rosario. Actividad preparatoria para el «*XI Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico*».
- [7] Presidente de la *Asociación de Acompañantes Terapéuticos del Paraná*.