

Alex Sandro Tavares da Silva (org.)

E-Book AT:

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico



A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o

A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o
A
c
o
p
a
ñ
T
h
e
r
a
p
e
u
t
i
c
o

E-Book AT:

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico



AUTOR & ORGANIZADOR:

Alex Sandro Tavares da Silva (Brasil)

AUTORES COLABORADORES:

Alejandro Chévez (Espanha)
Ana Celeste de Araújo Pitiá (Brasil)
Gabriel Omar Pulice (Argentina)
Gustavo Pablo Rossi (Argentina)
Juan Manuel Rodríguez Penagos (México)
Kleber Duarte Barretto (Brasil)
Marco Antonio Macías (México)
Mauricio Porto (Brasil)
Marisa Pugès (Espanha)
Mayda Portela (Uruguay)
Silvia Resnizky (Argentina)
Susana Kuras de Mauer (Argentina)

2012



1ª edição:
26 de maio de 2012.

Silva, Alex Sandro Tavares da (org.).

E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. 290p. 21 X 29,7 cm.

ISBN 978-85-913658-0-7

1. Acompanhamento Terapêutico. 2. Psicologia. 3. Terapêutica. 4. Clínica. 5. Saúde. 6. Redes Sociais.

Principal meio de acesso livre, 100% gratuito e 24 horas disponível ao livro: <http://siteat.wordpress.com>

APOIO SEM FINS COMERCIAIS:



AVISOS IMPORTANTES:



- Todo e qualquer artigo presente neste livro pode ser reproduzido em toda e qualquer outra forma de produção sem autorização dos(as) autores(as) e organizador, desde que citada a completa referência bibliográfica mencionada no início de cada artigo.
- As opiniões de cada autor(a) refletem a sua posição sobre o tema do Acompanhamento Terapêutico, não sendo obrigatoriamente compartilhada com os(as) demais autores(as) e/ou organizador.
- Cada autor(a) foi totalmente responsável pela produção, revisão e correção de sua produção.

RECURSOS DE AT NA INTERNET:



<http://siteat.wordpress.com>



<http://www.facebook.com/sitioat>



<http://www.twitter.com/siteat>

DEDICATÓRIA:



Agradeço aos colaboradores Alejandro Chévez, Ana Pitiá, Gabriel Pulice, Gustavo Rossi, Juan Penagos, Kleber Barretto, Marco Macías, Mauricio Porto, Marisa Pugès, Mayda Portela, Silvia Resnizky e Susana Kuras de Mauer pela disponibilidade e competência.

Aos alunos, pela atenção e dedicação.

Aos pacientes, pela confiança.

A Bianca e Alexandre, pelo amor.

A todos vocês, muito obrigado!!!

ÍNDICE:

1 – Prefácio ao “E-book AT”: conexão inicial - Alex Sandro Tavares da Silva (Brasil)	09
2 – Prefacio al “E-book AT”: conexión inicial - Alex Sandro Tavares da Silva (Brasil)	12
3 - Del "Mito de Origen", a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica - Gabriel Omar Pulice (Argentina)	15
4 - El AT, el arte de contemplar – Mayda Portela (Uruguay)	38
5 - Acompañamiento Terapéutico, su valor como dispositivo - Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky (Argentina)	54
6 - Estratégias em AT: ferramentas clínicas - Alex Sandro Tavares da Silva (Brasil)	64
7 - La transferencia – Marco Antonio Macías (México)	81
8 - Usos y variaciones del “encuadre” en el Acompañamiento Terapéutico – Gustavo Pablo Rossi (Argentina)	91
9 - Del destino al destinar: apuntes desde la soledad – Juan Manuel Rodríguez Penagos (México)	125
10 - Da arte íngreme de furar paredes – Mauricio Porto (Brasil)	137
11 - Corpus del Acompañamiento Terapéutico – Alejandro Chévez (Espanha)	156
12 - Tarantão, meu patrão...: vicissitudes do acompanhamento terapêutico – Kleber Duarte Barretto (Brasil)	195

13 - Algunas reflexiones sobre la práctica del Acompañamiento Terapéutico – Marisa Pugès (Espanha)	225
14 - Acompanhamento Terapêutico: <i>modelo</i> de atenção psicossocial e sua dimensão do cuidado integral e encontro com a condição humana - Ana Celeste de Araújo Pitiá (Brasil)	237
15 - Versões sobre o nascimento do AT: práticas, nomes & cargo público – Alex Sandro Tavares da Silva (Brasil)	255
16 - Lista das autoras & autores	276



PREFACIO AO “E-BOOK AT”: CONEXÃO INICIAL

Alex Sandro Tavares da Silva

SILVA, Alex Sandro Tavares da. Prefacio ao “E-Book AT”: conexão inicial. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



O “E-book AT: conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico” tem como um de seus objetivos fundamentais difundir e democratizar o conhecimento a cerca do Acompanhamento Terapêutico (**AT**)¹ para toda a população que pode beneficiar-se desse dispositivo que toma o espaço de circulação do(s) paciente(s) como um campo de intervenção e criação muito amplo.

Destaco que esse aproveitamento do espaço, seja ele qual for, é um dos “ouros” do **AT**, uma de suas várias riquezas, e não apenas um “pano-de-fundo”, uma paisagem inerte desta terapêutica que pode ser clínica, artística, política, social e muito mais!

¹ Utilizarei a sigla **AT** para “Acompanhamento Terapêutico” (a atividade, prática, função, profissão, etc.) e **at** para “acompanhante terapêutico” (o agente, profissional, clínico, etc).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

O “E-book AT” foi criado a partir de um desejo de conexão, compartilhamento, criação e divulgação extremamente ampla, sem interesse comercial (por isso 100% gratuito) e disponível 24h na internet.

O presente livro conta com a presença de mulheres e homens que estão exercendo, ensinando, supervisionando e criando o **AT** há muito tempo... em vários países.

Os autores e autoras aqui presentes tiveram total liberdade para criar os seus artigos, em virtude disso, é perceptível que trabalharam com dedicação e desenvolveram o seu tema com grande maestria.

Os assuntos são ricos e pertinentes e vão desde a polêmica sobre a origem/genealogia do Acompanhamento Terapêutico até a sua clínica, disciplina, técnica, prática, teorização, etc.

Espero que esta pioneira obra de **AT** (internacional, coletiva, gratuita e virtual) seja mais um auxílio na consagração dessa prática que é tão cara a todos os autores e autoras que aqui se reúnem.

Prezado leitor, desejo que tenhas uma ótima leitura no mundo do Acompanhamento Terapêutico e que a mesma possa extrapolar as páginas deste livro, gerando reflexões e invenções não só em vocês, mas também na nossa sociedade, nas nossas ecologias (clínica, política, social, ambiental, arquitetônica, etc.)!!!

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Dito isso, agora vamos adentrar no universo do Acompanhamento Terapêutico...



PREFACIO AL E-BOOK AT: CONEXIÓN INICIAL¹

Alex Sandro Tavares da Silva

SILVA, Alex Sandro Tavares da. Prefacio al "E-Book AT": conexión inicial. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>

El "E-book AT: conexiones clínicas en el Acompañamiento Terapéutico" tiene como uno de sus principales objetivos democratizar y ampliar el conocimiento sobre el Acompañamiento Terapéutico (AT)² para toda la población que puede beneficiarse de este dispositivo que toma el espacio de circulación del paciente como un campo de intervención y creación muy amplio.

Hago hincapié en que este uso del espacio, lo que sea, es uno de los "oros" del Acompañamiento Terapéutico, una de sus muchas riquezas, y no sólo una "paisaje sin vida" de esta terapia que puede ser clínica, artística, política, social y mucho más!

¹ Agradeço a revisão desde prefácio (na versão em espanhol) à psicóloga Mayda Portela, docente de AT na "Universidade Católica" e presidenta da AATU ("Associação de Acompanhantes Terapêuticos del Uruguay").

² Utilizará la sigla **AT** a "Acompañamiento Terapéutico" (la actividad, la práctica, la función, profesión, etc.) y el sigla **at** a "acompañante terapéutico" (el agente, profesional, clínico, etc.).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

El "E-book AT" fue creado a partir de un deseo de conexión, intercambio, creación y difusión muy grande, sin interés comercial (por eso es 100% gratuito) y disponible las 24 horas en Internet.

Este libro cuenta con la presencia de mujeres y hombres que desempeñan la enseñanza, la supervisión y la creación del AT hace mucho tiempo... en varios países.

Los autores y las autoras tenían total libertad para crear sus artículos, por lo que es notable que trabajaron con dedicación y desarrollaron sus temas con gran maestría.

Los temas son ricos y relevantes y van desde la controversia sobre el origen/genealogía del Acompañamiento Terapéutico a su clínica, disciplina, técnica, práctica, teoría, etc.

Espero que este trabajo pionero de AT (internacional, colectivo, gratuito y virtual) sea una ayuda más en la consagración de esta práctica que es tan querida por todos los autores y autoras que aquí se reúnen.

Estimado lector, deseo que usted tenga una buena lectura en el mundo del Acompañamiento Terapéutico y que pueda extrapolar las páginas de este libro, con ideas e invenciones no sólo en usted, sino también en nuestra sociedad, en nuestras ecologías (clínica, políticos, sociales, ambientales, arquitectónicas, etc.)!!!

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Dicho esto, ahora vamos a ingresar al mundo del Acompañamiento Terapéutico y sus conexiones clínicas...



**DEL "MITO DE ORIGEN", A LA SITUACIÓN ACTUAL
DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO
EM LATINOAMÉRICA:
Gabriel Omar Pulice**

PULICE, Gabriel Omar. Del "mito de origen", a la situación actual del acompañamiento terapéutico en latinoamérica. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). *E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico*. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



Desde su surgimiento en Argentina, hacia mediados de los 60' del pasado siglo XX, el *Acompañamiento Terapéutico* nace como una herramienta clínica que se inscribe en una búsqueda — compartida por una buena parte de los profesionales del campo de la *Salud Mental*¹— cuyo propósito no era otro que intentar subvertir los lineamientos por entonces imperantes, aún fuertemente arraigados, del modelo manicomial. Momentos de intensa

¹ Según señalan Enrique Carpintero y Alejandro Vainer esta expresión, "*campo de la Salud Mental*", surge justamente en esa época, como un término aglutinador de esta nueva corriente — integrada indistintamente por psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y demás profesionales afectados al trabajo clínico con pacientes psicóticos— que se proponía superar el modelo manicomial como única forma de asistencia. Se encontrará un desarrollo más amplio del tema en *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*, Tomo I (1957-1969), Buenos Aires, Editorial Topía, 2004.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

convulsión política y social tanto en Argentina como en distintos países del mundo occidental, fueron el terreno propicio para la puesta en marcha de toda una serie de experiencias que, a partir del fuerte impulso de la *Psiquiatría Dinámica*, la *Antipsiquiatría* y, fundamentalmente, el *Psicoanálisis*, comenzaron a dar consistencia a la idea de que era posible avanzar en el tratamiento de aquellos pacientes afectados de diversos modos por padecimientos psíquicos severos, más allá del mero *control social* en que derivaron, indeseadamente, los objetivos *terapéuticos* de la internación hospitalaria. Este movimiento de apertura y transformación, que comenzara a madurar desde el inicio del siglo pasado —y que se acentúa desde su segunda mitad, cuando se suma el importante desarrollo que comenzó a tener la *Psicofarmacología*— fue generando las condiciones para la implementación de novedosos *dispositivos de atención ambulatorios*, los cuales a su vez llevaron al desarrollo de nuevas y diversas disciplinas, como respuesta a las renovadas necesidades clínicas que, a partir de ello, comenzaron a tener lugar. Entre esos dispositivos, no podemos dejar de mencionar la creación del *Hospital de Día*, que comenzará a tener un lugar cada vez más importante al término de la *2ª Guerra Mundial*, y que es

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

correlativo de una nueva significación de la locura y de las revigorizadas expectativas sobre su tratamiento².

En nuestro país, la creación por parte de Mauricio Goldenberg, en 1956, del primer *Servicio de Salud Mental* que tuviera lugar en el marco de un *Hospital General* — experiencia que hay que señalar, por otra parte, como inédita hasta ese momento en el mundo occidental—, constituye al mismo tiempo el puntapié inicial y la guía referencial en esa búsqueda de recursos, de herramientas, de dispositivos más eficaces para el tratamiento de la locura. Vale la pena detenernos por unos instantes en la evocación de esa experiencia, a todas luces paradigmática e ilustrativa de ese momento histórico. Nos remitiremos para ello al *Dossier “Instituciones e Historia”*, publicado en el segundo número de la revista *Diarios Clínicos*³, el cual nos acerca el testimonio de algunos de sus más destacados protagonistas. En el primero de esos artículos, y a modo

² El desarrollo de los Hospitales de Día para enfermedades psiquiátricas, específicamente, se produce luego de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, cuando van a ir teniendo una progresiva divulgación y expansión en Occidente. Rodolfo Luorno, refiere que han sido determinantes para su creación y para la delimitación de sus particularidades lo realizado en Moscú por M. A. Zahagarov en 1935, donde aparece su “*fundamento de inicio*” en el *quite de camas* del *Hospital Psiquiátrico*, recibiendo el nombre de Hospital sin Camas. Y por otra parte, en 1947, será Even Cameron, en Canadá, quien le dará la denominación actual. En 1967 se constituye el primer Hospital de Día en el Hospital Borda, por iniciativa de J. García Badaracco.

³ AAVV; Revista *Diarios clínicos*, n° 2, Ediciones Diarios Clínicos, Buenos Aires, 1990.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de introducción, uno de ellos, Dardo Tumas, rememora: *“Se hace necesario volver la vista atrás para ubicar aquellos referentes desde los cuales las prácticas en salud mental fueron un desafío transformador y creativo, donde no sólo se marcó un hito sino que ‘se hizo historia’ constituyendo un modelo institucional de prácticas en salud mental: el servicio de Psicopatología del Hospital Lanús...”*. El 1 de octubre de 1956 el Dr. Goldemberg se hace cargo por concurso de la jefatura de ese servicio para organizar su estructura y funcionamiento, contando en el inicio con tres psiquiatras, un neurólogo, un electroencefalografista y un consultor externo... Pronto llegaría a tener, según relata su fundador, *“... veinte consultorios externos, sala de internación para treinta y dos pacientes, un hospital de día, dos cámaras Gesell y aulas para docencia, en las que atendíamos e impartíamos docencia un gran número de profesionales de distintas disciplinas distribuidos en doce departamentos: internación, consultorio externo, hospital de día, niños, adolescentes, gerontopsiquiatría, alcoholismo, grupos, neurología y docencia e investigación...”*. Resulta asimismo interesante cómo él mismo describe cuáles eran los ideales en juego en el inicio de esa experiencia: *“Nuestro proyecto, cuando comenzamos, era ver si podíamos hacer otra psiquiatría y, más aún, ampliar el campo para trabajar en ‘salud mental’”. Para realizarlo, teníamos que integrar a*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

trabajadores de otras áreas vinculadas a la psiquiatría, formar equipos interdisciplinarios y prestar una asistencia comunitaria —prevención primaria, secundaria y terciaria— a partir de un servicio —abierto— de psiquiatría en un hospital general, en el que se asistiera al amplio espectro de la psicopatología, con todos los recursos terapéuticos disponibles (...) Lo característico de nuestra actitud era el intento de superar las limitaciones de un mero ejercicio técnico, en un esfuerzo permanente por comprender y comprometerse con la totalidad de la condición humana". En apoyo de este relato, señala Valentín Barembliit en otro de los artículos del mismo Dossier: "...el punto de partida para desarrollar proyectos que tuvieran una concepción distinta de lo que fue siempre la psiquiatría oficial se asentó como marco teórico en el psicoanálisis (...) y como marco ideológico filosófico en una serie de propuestas que pasaban, por ejemplo, por poner en cuestión la posición hospitalocéntrica del hospital psiquiátrico con sus modalidades represivas, custodiales, sin o con muy poca capacidad de recuperación en salud (...) Goldenberg — continúa Barembliit— *diseña una propuesta en la que convoca a jóvenes profesionales y encuentra en el Hospital General el espacio social para desarrollarla*". Es decir, su propuesta está fuertemente vinculada a una posición ideológica que se pronuncia sin ambigüedades

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

en apoyo de la asistencia pública, en la convicción de que *“...una buena práctica en asistencia psicológica y psiquiátrica era factible dentro de las instituciones de la administración pública”*. Ese correlato ideológico-filosófico que marcó fuertemente a las generaciones que pasaron por el Lanús, incluía además un descentramiento del poder del psiquiatra como eje básico y excluyente, poniendo en evidencia la necesidad de configurar un equipo interdisciplinario: *“Hecho que hoy en día está bastante difundido pero que por entonces, cuando la experiencia del Lanús comenzó, era realmente una propuesta de avanzada. Así es que en Lanús, tanto médicos psiquiatras, psicoterapeutas, psicoanalistas, psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales, enfermeras, educadores sanitarios —incluso antropólogos y sociólogos— se unieron en una propuesta que intentaba diseñar un nuevo campo que pasara de la concepción de la asistencia psiquiátrica a una concepción de la atención en salud mental”*. Más allá de las vicisitudes políticas y sociales que atravesaron a nuestro país por esos tiempos —marcados por la proscripción de Perón y la inestable alternancia de frágiles gobiernos democráticos y cruentas dictaduras—, es de destacar que la solidez y consistencia de ese proyecto permitieron su afianzamiento al punto de convertirse en una referencia paradigmática a nivel mundial.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Cabe destacar, asimismo, que el *cambio de paradigma* que vemos operar allí no se limita solamente al campo de las psicosis, sino que se hace extensivo al abordaje de otros pacientes que pasaron a poblar ciertas áreas clínicas que paulatinamente se fueron delimitando en su especificidad, las cuales, asimismo, presentaban con frecuencia sus propios desafíos, urgencias, y complicaciones en su abordaje. Podemos mencionar, entre ellas, el trabajo con *niños y adolescentes con trastornos severos* como el *autismo*, el *retraso mental* y la *psicosis infantil*; los *trastornos de la alimentación*, las *adicciones*, el *alcoholismo* y otras *patologías de consumo*; el tratamiento de pacientes *oncológicos*, *terminales*, de la *tercera edad*, y con *trastornos neurológicos graves* como *epilepsias*, *demencias*, *Alzheimer*; a las que podríamos agregar unas cuantas afecciones más. El *Saber* de la *Psiquiatría* deja de ser entonces la herramienta exclusiva para el tratamiento de las *enfermedades mentales*, pasando a compartir ese terreno con aquellos *Otros Saberes* que empezaban a dar muestras de ofrecer aportes importantes —a veces decisivos— en el desarrollo de las nuevas estrategias clínicas que esa misma búsqueda llevaba a implementar.

La aparición en escena del *Acompañamiento Terapéutico* está fuertemente atravesada por ese contexto: ligada a una *praxis* que se ubica más como una

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

investigación que como una ciencia establecida —habida cuenta de que el destronado “*Paradigma Pineliano*” no halló sin embargo un pronto y claro sucesor—, sería necesario un prolongado período de maduración para que, más allá del multiatravesamiento de saberes que le da origen, pudieran comenzar a delimitarse con alguna precisión los contornos de su figura. Esto permite entender la diversidad de versiones que pueden escucharse sobre su creación y surgimiento, así como la dificultad con que nos encontramos en el inicio de nuestra experiencia para establecer un marco conceptual propio y distintivo. Durante décadas, de hecho, el único material bibliográfico específico sobre el tema estuvo constituido por apenas un puñado de artículos publicados en diversos medios porteños del ámbito *Psi*, en los que el denominador común era poner de relieve los obstáculos que se planteaban para los acompañantes en su tarea debido, entre otras cosas, a la falta de un claro lineamiento teórico, y de algún *marco regulatorio* de la actividad. Recién en 1985 se publicaría el primer texto dedicado íntegramente al tema —cuyos lineamientos se debatían entre la *Psiquiatría Dinámica* y el *Psicoanálisis*—, con una perspectiva sin embargo muy restringida acerca del campo de acción y la potencialidad de este recurso⁴.

⁴ Kuras de Mauer, S., y Resnizky, S., *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Bs. As., Ed. Trieb, 1985.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

A modo de ilustración de esas primeras experiencias que desembocan en la creación de la figura del acompañante terapéutico, resulta de gran interés el relato de Juan Carlos Stagnaro sobre las condiciones en que se presentaban por entonces las cosas para quienes se hallaban comprometidos en ese desafío: *“Recordemos que a fines de los años '60, y comienzos de los '70, en la Argentina tuvo mucha importancia la influencia de la antipsiquiatría inglesa y de los textos de Basaglia relatando su experiencia en Italia. Había en los psiquiatras jóvenes una inclinación muy fuerte hacia el psicoanálisis y una hostilidad muy grande hacia el manicomio, hacia las internaciones permanentes, hacia el encierro de los locos. Desde posiciones menos revolucionarias, como el modelo de Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones, venía una ola de pensamiento similar. Era la época del “Lanús” de Goldemberg y de los Centros de Salud Mental, etc. Y también fue la época de mayor difusión de la psicofarmacología, que algunos calificaban con la famosa metáfora del “chaleco químico” como continuando al electroshock, pero que en realidad permitió, cuando fue bien usada, la existencia de los servicios abiertos, la deambulación de los psicóticos en la ciudad, la reinserción social, etc. No estaba enterado de que en aquellos años se practicaran internaciones domiciliarias en forma regular. Yo hice algunas, pero no recurría para*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

ello a la participación de lo que hoy llamamos acompañante terapéutico, más bien trataba de implementar los recursos de la familia o de la realidad social inmediata. Recuerdo una chica boliviana a quien traté, por pedido de unos amigos ocasionales que ella había hecho, en una pensión que quedaba cerca de la Facultad de Medicina. No tenía otro recurso y pedí el apoyo de una compañera de pieza y de la encargada que se ocuparon muy bien de ella. La acompañaron, le daban la medicación, las comidas, etc. Una vez que remitió el período agudo del episodio psicótico la paciente pudo volver a su casa en Bolivia. Había venido buscando trabajo. Tuve otras intervenciones así, pero medio a los ponchazos, con mucho voluntarismo y poca conceptualización de lo que hacía. Por el contrario, a principios de los '70, entre el '71 y el '76, en el Hospital de Día del Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García que llegué a dirigir, se desarrolló una técnica que se aproximaba al acompañamiento terapéutico actual. Allí trabajaban estudiantes, luego licenciados en Psicología, que iniciaron una actividad con el nombre de líderes de grupo. Estos profesionales pasaban gran parte del tiempo de sus actividades con los chicos y también salían a realizar paseos y visitas domiciliarias con el grupo de pacientes a la casa de alguno de ellos rotativamente. Viajaban en la ciudad enseñándoles a orientarse, comprar

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

*su boleto de colectivo, cuidarse en el viaje, bajar en el barrio correspondiente, ambientarse en él, y luego trabajaban con la familia y los vecinos. Era una actividad de convivencia y socialización con niños y adolescentes psicóticos o con neurosis graves. No se privilegiaba la interpretación de conductas, sino que se trabajaban más las actitudes y contraactitudes, etc. Susana Levato, Norberto Calarame, Rubén Di Marco y otros participaban de esa tarea complementaria del Hospital de Día. Y Ángela Mauvecin, que también trabajaba en esos grupos, filmó esas actividades con las que luego se ha confeccionado un cortometraje de investigación. Luego estuve ausente del país, trabajando en Francia. Cuando volví en 1984 ya se conocía ampliamente el tema de los acompañantes terapéuticos...⁵. Conviene detenernos aquí para situar un infortunado hecho histórico que ha tenido una incidencia muy importante respecto del desarrollo del *Acompañamiento Terapéutico* y su difusión a otros países de nuestro continente. Nos referimos al *golpe militar* ocurrido en Argentina a comienzos de 1976, el tristemente célebre “*Proceso de Reorganización Nacional*”, cuyos efectos en el campo de la *Salud Mental* bien podrían calificarse como catastróficos: se produce en ese momento el liso y llano desmantelamiento de todas*

⁵ Pulice, G. y otros; *Acompañamiento Terapéutico*, Buenos Aires, Polemos, 1997. Módulo III, “*Entrevistas*”.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

esas experiencias que veníamos describiendo, por calificárselas de “*subversivas*”, obligando por otra parte a los profesionales que las sostenían a un largo y penoso destierro a países como España, Brasil, Perú, Venezuela y México, entre otros. El *Acompañamiento Terapéutico*, sin embargo, encontró su lugar de supervivencia en el ámbito de las clínicas e instituciones psiquiátricas privadas, entrando de ese modo en una suerte de período de hibernación. Por otra parte, aquellos colegas que por entonces debieron exiliarse, oficiaron al mismo tiempo de *agentes de difusión* de esta especialidad tanto como de aquellas experiencias que dieron marco a su surgimiento, esparciéndola hacia aquellos países a los que emigraron.

Pasados siete años, una vez caída la dictadura militar, el campo de la *Salud Mental*, al igual que cada elemento del tejido social en nuestro país, había sido devastado, y esas experiencias parecían haber ido a parar a la sombra del olvido. Sabemos que luego de un incendio forestal la vegetación no vuelve a crecer inmediatamente, debe pasar algún tiempo hasta que el terreno vuelva a mostrarse fecundo. De la misma manera, el resurgimiento de aquellas ideas y proyectos que tan brutalmente habían sido desterradas no se produjo sino a partir de un complejo proceso de maduración, aún en ciernes. Ese es el escenario en el que iniciamos nuestra propia labor clínica, momentos en que las dificultades

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

para el ejercicio de esta especialidad estaban a la orden del día: carentes de espacio alguno de capacitación académica, sin una bibliografía adecuada, y privados de todo reconocimiento formal o legal...

Surgió así para nosotros —incluyo aquí a Federico Manson, y otros colegas con quienes compartíamos por entonces tales atolladeros— la convicción de que, si deseábamos modificar esa situación, era necesario avanzar, en primer lugar, en la producción de aquella articulación teórico-clínica que hiciera posible establecer de algún modo las coordenadas de esa labor de los acompañantes terapéuticos que, a pesar de todo, demostraba tener una potencialidad y una eficacia muy fuerte en el tratamiento de una gran cantidad de pacientes, incluidos aquellos que arrastraban por años el calificativo de “*inabordables*” o “*irrecuperables*”. En esa dirección, consideramos que el primer paso debía ser el de propiciar el encuentro entre quienes se hallaban por entonces lidiando —muchas veces en forma solitaria— con todas esas dificultades recién mencionadas, por lo que nos decidimos a impulsar la organización del *Primer Congreso Nacional*, que tuvo finalmente lugar en noviembre de 1994. Se logró reunir en ese momento a una buena parte de los equipos e instituciones que estaban abocando sus esfuerzos al desarrollo de esta especialidad —la gran mayoría residentes en Buenos

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Aires—, imponiéndose como *lema* del evento: *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Era necesario avanzar, y todo lo producido allí resultó ser un excelente punto de partida, dándose inicio a un creciente intercambio con un importante número de colegas que desde hacía varios años estaban empeñados en esa misma tarea a través del ejercicio de la docencia, la supervisión, la coordinación de equipos privados y la implementación de pasantías en hospitales públicos. Quedó entonces como un legado —para quienes lo quisieran asumir— el desarrollo y la realización de esa propuesta, la de avanzar en una articulación entre la clínica y la teoría del *Acompañamiento Terapéutico*. Quedó también, como testimonio de ese esfuerzo colectivo, la publicación de un texto —cuya primera edición se ha agotado hace ya muchos años— que pasó a ser por entonces una nueva referencia bibliográfica para la formación de los acompañantes terapéuticos⁶.

Ciertamente distinto fue el panorama que pudimos captar algunos años después, en ocasión del *Segundo Congreso Nacional*, realizado en la ciudad de Córdoba en septiembre de 2001. No sólo por la activa participación de

⁶ Pulice, G., Manson, F.; y otros. (Compiladores), *Publicación del Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico*, Buenos Aires, Ediciones Las Tres Lunas, 1995. Cabe destacar que, como parte de las actividades de este evento, se presentó la primera edición de *Acompañamiento Terapéutico* (Pulice, G.; 1994), texto reeditado luego por Editorial Polemos, Buenos Aires, 1997.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

colegas de las más diversas regiones de nuestro país, sino también por la sorpresiva concurrencia de participantes de otras latitudes —entre ellos, Marisa Pugès, de Barcelona, y Kleber Duarte Barretto, de São Paulo— quienes se hallaban confrontados en su práctica con problemas análogos. Estaba a la vista que, a esa altura, se imponía la necesidad de producir nuevos puntos de avance, más allá de esa formalización conceptual que ya se había comenzado a fortalecer con la publicación del material bibliográfico que recién mencionábamos. Ese nuevo objetivo que por entonces nos trazamos, quedó asimismo expresado en el nuevo lema que nominó al evento: *Hacia una inscripción institucional y académica del Acompañamiento Terapéutico*. Tomamos conocimiento por entonces de que ya estaba comenzando a tener lugar en una *Universidad* del interior de nuestro país la implementación de la primera carrera terciaria de especialización en esta disciplina⁷. Las puertas del ámbito universitario comenzaban a abrirse... Hecho que fue luego tomando consistencia a partir de la multiplicación de nuevas instancias de capacitación específica con creciente reconocimiento formal, inaugurándose en nuestra ciudad —al igual que en otras ciudades del interior de nuestro país como Paraná (Entre Ríos), Bahía

⁷ *Universidad Católica de Cuyo*, en su sede de la Provincia de San Juan.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Blanca y La Plata (Buenos Aires), Esquel (Chubut), Viedma (Río Negro); Rosario (Santa Fe), San Juan y San Luis; y de Latinoamérica, como Porto Alegre, San Pablo y Río de Janeiro (Brasil), Lima (Perú), Querétaro (México) y Montevideo (Uruguay), entre otras— diversas instancias de capacitación, incluso en algunos casos de nivel terciario y universitario, para la formación profesional de *Acompañantes Terapéuticos*. En Buenos Aires, este *Título Terciario* cuenta con el reconocimiento de la *Secretaría de Educación del Gobierno* de la ciudad, dictándose actualmente en diversos establecimientos educativos. Asimismo, en la *Facultad de Psicología* de la *Universidad de Buenos Aires* fue incorporada, desde el año 2002, la materia *Práctica Profesional y de Investigación: Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico* (Código 800) como *asignatura electiva* de la formación de grado de la *Carrera de Psicología*, tomando actualmente nuevo impulso el proyecto para la creación de una *Tecnicatura* en esta especialidad, proyecto que toma el relevo del que presentáramos en 1995 —consistente en la creación de un *título intermedio* para los estudiantes de la *Carrera de Psicología*— el cual, habiendo sido por entonces aprobado por el *Consejo Directivo* de esa *Facultad*, fue luego “cajoneado” sin justificativos por el *Consejo Superior* de la UBA, instancia que sólo debía

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

formalizar su aprobación final para que pudiera ponerse en marcha.

Cabe consignar, asimismo, que paralelamente vienen desarrollándose en forma articulada a estas instancias de capacitación numerosas *pasantías y prácticas profesionales* en esta especialidad en diversas instituciones públicas tanto del ámbito de *Salud Mental* —entre ellas en varios Servicios del *Hospital Psicoasistencial e Interdisciplinario José T. Borda*, el *Servicio de Hospital de Día del Hospital T. Álvarez*, el Servicio de *Salud Mental del Hospital Municipal de Oncología María Curie*, el *Hospital Infante Juvenil C. Tobar García*, etc.—, como del ámbito Judicial —entre ellas algunas *Curadurías de Menores e Incapaces*, dependientes del *Poder Judicial de la Nación*— y del ámbito de la *Secretaría de Promoción Social* del Gobierno de la ciudad —a través del Departamento de Chicos de la Calle—, etc. No podemos dejar de señalar que quedaron además, como fruto de ese *Segundo Congreso Nacional*, la publicación de un nuevo libro, *Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico*⁸, y el proyecto —puesto en marcha, como pronto veremos, un año después— de comenzar a crear las instancias institucionales necesarias para nuclear formalmente a los profesionales e

⁸ Manson, F.; Pulice, G. y otros (Compiladores); *Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico*, Buenos Aires, Polemos, 2002.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

instituciones abocados a la clínica y a la capacitación en esta disciplina.

La inauguración, a finales de 2002, de nuestro seminario *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico*⁹, en *Psicomundo* —en el que actualmente contamos con alrededor de tres mil inscriptos procedentes de unos 25 países de nuestro continente (incluyendo Canadá y los EEUU), España y, en menor medida, de otros países de Europa— nos permitió corroborar lo que en el congreso de Córdoba ya habíamos comenzado a percibir: la fantástica expansión que había alcanzado esta actividad, junto con el creciente interés que el tema generaba en profesionales de muy diverso recorrido y orientación, en general abocados al trabajo clínico y la investigación de todo lo relativo al tratamiento de *pacientes con trastornos graves* en el campo de la *Salud Mental*. Este nuevo escenario nos condujo a pensar que estaban dadas las condiciones para organizar, en forma conjunta con el *Tercer Congreso Argentino*, el *Primer Congreso Ibero Americano de Acompañamiento Terapéutico*, el cual finalmente tuvo lugar en la *Facultad de Medicina* de la *Universidad de Buenos Aires* a finales de noviembre de 2003, contando este nuevo encuentro con la participación de numerosos colegas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay,

⁹ Coordinado conjuntamente con Federico Manson.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

reforzándose más aún la necesidad de establecer sólidas vías de intercambio y colaboración para la realización de los objetivos que manifiestamente teníamos en común. Los frutos pronto se empezaron a vislumbrar... Cabe destacar, además, que la organización de ese evento estuvo fuertemente ligada al nacimiento, ese mismo año, de la *Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA)*, que por primera vez dio a la realización de estos eventos un marco institucional¹⁰.

Fue en ese contexto que tomamos conocimiento del importante trabajo de investigación teórico-clínica que, sobre este tema, se venía desarrollando en algunos de los países mencionados: por ejemplo, en la *Universidad Autónoma de Querétaro*, en donde poco tiempo después —a instancias del Dr. Marco Antonio Macías López— tuvo lugar la creación del primer *Diplomado* de esta especialidad en México. En Lima, por su parte, Carolina Benavides y Roxana Dubreuil acababan de fundar la *Sociedad Peruana de Acompañamiento Terapéutico*. En esa misma ocasión, el reencuentro con Kleber Duarte Barretto, y la participación de una nutrida delegación de colegas de distintas ciudades del Brasil — como Alex

¹⁰ Entre sus miembros fundadores e integrantes de la primera *Comisión Directiva* podemos mencionar, además del autor, a Karina Chayán, Gustavo Racca, María Vargas, María Laura Frank, Pablo Dragotto, Carlos Graiño y Verónica Fernández, siendo Federico Manson su *Presidente* hasta el momento de su fallecimiento en noviembre de 2008.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Sandro Tavares da Silva, Karol Veiga Cabral, Márcio Belloc Mariath, N. Lopes Kühn, entre otros—, nos permitió confirmar el notable desarrollo que esta especialidad había alcanzado ya en ese país desde hacía varios años, tal como vislumbráramos en nuestro primer encuentro con Kleber, en 2001, cuando tuvimos el grato placer de conocer su ingeniosa articulación teórico-clínica de la función del acompañante terapéutico con las *Andanzas de Don Quijote y Sancho Panza*¹¹.

De las conversaciones con Kleber, con quien por entonces habíamos tenido ocasión de compartir ese evento desde sus mismos preparativos —además de ser uno de los coordinadores del *Sub-Comité Brasil*, fue invitado a formar parte de la *Comisión Científica*— surgió entonces la idea de postular a la ciudad de São Paulo como sede del *2º Congreso Iberoamericano*, acordándose su realización para septiembre del 2006. El proyecto fue tomando consistencia, siendo nuestro *4º Congreso Argentino: Construyendo redes en tiempos de exclusión* —realizado nuevamente en la ciudad de Córdoba, en noviembre de 2005—, el momento propicio para formalizar la realización de ese nuevo evento internacional en forma conjunta con los colegas

¹¹ Duarte Barretto, K.; *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico*, Unimarco Editora, São Paulo, 1998.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

brasileños, esta vez fuera de las fronteras de nuestro país.

Entretanto, tuvimos la grata noticia de que un nuevo libro había sido publicado en la ciudad de Porto Alegre, siendo esa la ocasión en que nos pusimos en contacto con su autora, hasta ese momento por nosotros desconocida: Analice Palombini. La lectura de ese texto¹² nos permitió conocer una experiencia —cuyos inicios se remontaban al año 2000—, que estaba en plena sintonía con nuestro modo de considerar la inserción clínica y comunitaria del *Acompañamiento Terapêutico*, con el agregado de una enriquecedora conceptualización sobre aspectos cruciales de nuestra tarea, que hasta el momento no habían sido abordados en su debida profundidad: el escenario urbano y la temporalidad de una clínica cuya definición no podría ser más precisa: “...*en movimiento...*”. Descubrimos también que parte de esa experiencia no nos era del todo desconocida, puesto que algunos de los capítulos incluidos en ese texto habíamos tenido el gusto de escucharlos en boca de sus propios autores, apenas un año atrás, en Buenos Aires. El encuentro de Niterói, de que tuve el agrado de participar por invitación de Analice en enero de 2006 —y que contó con el apoyo y representación del *Ministerio de Salud* y la

¹² Palombini, A.; *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*, UFRGS Editora, Porto Alegre, 2004.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Coordinación General de Salud Mental de Brasil, la Universidad Federal Fluminense y la Universidad Federal de Río Grande do Sul—, resultó ser la oportunidad más propicia para apreciar *in situ*, y con mayor claridad, la magnitud del trabajo que los colegas brasileños vienen llevando adelante, siendo uno de los temas que fue instalándose en el centro de las intervenciones más apasionadas la articulación entre la clínica, el ámbito académico y las políticas en *Salud Mental*. Articulación que, sin dudas, es preciso continuar cimentando, siendo este el más importante desafío para quienes se hallan comprometidos en este campo. Los encuentros, jornadas y congresos nacionales e internacionales ya no dejaron de sucederse —Bahía Blanca (2007), Porto Alegre (2008), San Luis (2009), Querétaro y Mar del Plata (2010)—, y los lazos que se fueron generando en todos estos años han dado lugar a un intercambio de información, de bibliografía, de experiencias, que hicieron posible que aquella actividad surgida en cierto momento como una pura praxis, haya alcanzado ya su carta de ciudadanía como una profesión cada vez más reconocida y jerarquizada, encontrando en la actualidad a esta herramienta clínica —más allá de los diversos mitos acerca de su origen— muy fuertemente arraigada entre los recursos de mayor valía surgidos en las últimas

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

décadas en el intento de dar alguna respuesta eficaz a las más estragosas expresiones del padecimiento psíquico.



EL AT, EL ARTE DE CONTEMPLAR
Mayda Portela

PORTELA, Mayda. El AT, el arte de contemplar. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



MIENTRAS TANTO... EL AT EN URUGUAY:

La inserción del acompañamiento terapéutico en el Uruguay tiene una historia muy joven aún, no obstante podemos observar que resulta un proceso que paulatinamente se va

consolidando, va tomando fuerza propia. Desde el año 2008, estamos formando acompañantes terapéuticos en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay en la primer Tecnicatura de Acompañamiento Terapéutico reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura; lo cual da una base segura y sólida que respalda la imprescindible formación de nuestros técnicos para afrontar la tarea específica.

Por otra parte, pensando en el egreso de nuestros técnicos, hemos creado una Asociación de Acompañantes

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Terapêuticos con la finalidad de continuar la capacitación, intercambiar experiencias y por sobre todas las cosas el de nuclear a los ATs egresados y acompañarlos en la inserción laboral en un medio que desconoce su rol y utilidad, a través de la supervisión de casos y ateneos clínicos.

Para definir el rol del AT, resulta necesario, antes, definir que es el “rol” de manera general.

Para ello tomaré la siguiente definición: “...El “role” o el papel que asume un individuo en una organización representa el conjunto de conductas esperadas de quien ocupa una determinada posición en el grupo del que forma parte.” (Hanlon, J.M. (1968): Op. cit.) o “la serie de expectativas compartidas acerca de cómo una persona debiera actuar en las distintas situaciones en las que ha de intervenir”¹.

Básicamente esta definición se aplica al ámbito laboral, donde el rol se define en relación a la tarea que se espera que desempeñe la persona en el puesto que va a ocupar.

Así, se llega a comprender que la definición del rol tiene como una doble faceta: por un lado la persona tiene que saber qué debe hacer y por otra parte el entorno tiene que tener claro qué espera de la persona.

¹ Levine, J.M. y Moreland, R.L.: Progress in small group research. Annual Review of Psychology, 41, 1990, págs. 585-634.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Si este concepto se lleva al rol del AT, tanto el AT debe saber cuál es la tarea que debe cumplir y estar capacitado en ese sentido, como los que lo contratan deberán saber qué hace un AT y para qué lo hace.

Considerando los dos elementos que delimitan el rol (el de la persona y el del entorno) se podría decir que el rol tiene un componente PERSONAL (individual) Y OTRO RELACIONAL (vincular).

Llevando estos conceptos al Rol del AT, se podría decir que en cuanto a la especificidad del AT, en el caso de Uruguay, hay como un desafío especial, ya que se está trabajando en el polo individual, en formar AT y que éstos sepan desde el punto de vista teórico y práctico la tarea que deben desempeñar pero resta trabajar en el polo relacional. Dar a conocer y clarificar la especificidad de la tarea del AT, justamente por ser un dispositivo terapéutico novedoso.

Si bien, varios profesionales están informados de la labor del AT, por intercambios con colegas de otros países, en los hechos, por no haber prácticas concretas y regulares, instaladas en el sistema, resulta necesario delimitar el rol del AT.

Es de destacar que, como hasta hace poco no existían formación institucional, también se dieron situaciones en las que se instalaban prácticas similares al Acompañamiento Terapéutico pero de manera confusa.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Algunos psicólogos han incursionado en el AT por su formación en psicología pero sin entender el rol específico, lo cual generó dificultades en la práctica de ambas disciplinas.

O situaciones donde se solicitaba el AT sin tener muy clara la actividad que desarrolla y se le adjudican responsabilidades cotidianas que no se inscriben en los objetivos de trabajo específico, confundiendo la tarea del Acompañamiento Terapéutico con los servicios de acompañantes de enfermos.

Hasta el momento, se constata que existe una amplia demanda y una formación con una excelente inserción laboral, pero las mismas son mayoritariamente a solicitud de privados, familias o instituciones educativas. Es por ello que nos encontramos en la etapa de dar a conocer la importancia del trabajo de los Ats en el sistema de salud mental de las instituciones médicas que ofrecen atención a pacientes que se verían ampliamente beneficiados del abordaje con acompañantes.

Cabe agregar que en este momento, en Uruguay, recién entra en vigencia una importante modificación de la inclusión de la atención de la salud mental dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, lo cual significa un avance y permite, a partir de la valoración de las psicoterapias en los servicios de salud, incluir el AT como recurso terapéutico adicional.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Los procesos de psicoterapias, venían quedando relegados a determinados sectores de la población que podían afrontar los costos, por ser servicios que no cubren las mutualistas, resultando necesario la conexión particular por fuera de la cobertura.

Desde este año, entra en vigencia la inclusión de la atención de la salud mental dentro del Sistema público y privado, desde el punto de vista normativo, pero con procesos más lentos en la puesta en marcha concreta.

Si hacemos una lectura más amplia de las connotaciones valorativas, en general de la salud mental, sobretudo por la tardía inclusión de la necesidad de los tratamientos psicoterapéuticos en el Sistema Nacional Integrado de salud, podemos inferir y hasta entender los por qué del desconocimiento del AT, por otra parte y al mismo tiempo, se puede llegar a considerar que se están dando las condiciones necesarias para que el mismo se incluya también como un complemento adicional a los procesos de abordajes terapéuticos que se están considerando actualmente.

Al parecer, la inclusión de la atención a la salud mental no demuestra tener un movimiento desde la institución a la sociedad, como sí se realiza con la práctica médica, sino que los tratamientos psicoterapéuticos parecerían insertarse en el sistema de salud a partir de la necesidad insatisfecha de sus usuarios que reclaman el

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

servicio y en definitiva la consideración de sus dolencias ya no solamente médicas sin psicológicas también, como un ser integral.

Entonces, es el individuo quien reclama sus derechos a ser considerados sujetos integrados y por tanto pasibles de ser atendidos de manera conjunta desde la cobertura que el Estado ofrece a la salud de sus ciudadanos, y que no se vean en la necesidad de atender su cuerpo o dolencia orgánica por un lado en el sistema mutual y su psiquis o síntoma en la esfera privada, es decir, exige ser considerado un ser cabal y no fragmentado.

Este movimiento que se está produciendo en mi país, me resulta curioso por un lado y auspicioso por el otro. Curioso en lo que decía anteriormente que tengan que ser los usuarios quienes muestren una carencia del sistema en general, y auspicioso desde el punto de vista que, al comenzar a tener la psicología y las psicoterapias un valor de reconocimiento dentro del sistema en su conjunto, permite presentar el dispositivo del AT como complemento específico para el abordaje de pacientes complejos y/o como una alternativa de tratamiento. Por otra parte, la inclusión del AT en los servicios de salud, permitiría implementar un abordaje en prevención y no tanto en la atención cuando se instala la patología, lo cual

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

permite reducir costos en los tratamientos posteriores de internaciones.

Aún restan pasos por dar, pero con la confianza de los logros alcanzados hasta el momento que nos demuestran que se puede, y con la convicción que el dispositivo de AT resulta de mucha utilidad tanto para los pacientes como para el propio equipo o institución a la que pertenece; sin mencionar los ahorros económicos para las instituciones médicas que podrían verse beneficiadas utilizando el recurso de AT para internaciones domiciliarias.

En la actualidad y, considerando las dificultades locales en lo que tiene que ver con la necesidad de diferenciar la especificidad del AT con otras figuras similares que se desempeñan en el medio “acompañantes” (cuidadores de enfermos en internaciones y domicilio) “operadores”(acompañantes en comunidades terapéuticas de pacientes en procesos de rehabilitación de adicciones) es que ha surgido un cuestionamiento de qué es lo que define la tarea del AT y la necesidad de revisar la designación del dispositivo, adaptándolo a nuestra realidad concreta.

PENSANDO EL DISPOSITIVO:

El dispositivo del AT surgió en la práctica, en un proceso de práctica y reflexión de la práctica que, por otra

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

parte, por el hecho de tener como objetivo el sufrimiento psíquico inserto en una realidad social cambiante, obliga a pensar y repensar la práctica, ya que los cambios van provocando modificaciones tanto en las patologías como en la sociedad y por tanto en la forma de abordar la enfermedad.

Esta variación permanente en lo que tiene que ver con el sujeto y las consiguientes modificaciones en el dispositivo que se renueva en tanto condición necesaria para poder dar respuesta a las demandas, me lleva a pensar la relación del AT con el término “pensamiento complejo” de Edgar Morin: “ El pensamiento complejo no es el pensamiento completo; por el contrario, sabe de antemano que siempre hay incertidumbre. Por eso mismo escapa al dogmatismo arrogante que reina en los pensamientos no complejos. Pero el pensamiento complejo no cae en un escepticismo resignado porque, opera una ruptura total con el dogmatismo de la certeza, se lanza valerosamente a la aventura incierta del pensamiento, se une así a la aventura incierta de la humanidad desde su nacimiento. Debemos aprender a vivir con la incertidumbre y no, como lo han querido enseñar desde hace milenios, a hacer cualquier cosa para evitar la incertidumbre... Porque el problema verdadero sigue consistiendo en privilegiar la estrategia y no el programa.”

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Antes dice: “Es necesario establecer la diferencia entre programa y estrategia; pienso que allí está la diferencia entre pensamiento simplificante y pensamiento complejo. Un programa es una secuencia de actos decididos a priori y que deben empezar a funcionar uno tras otro sin variar... La estrategia es un escenario de acción que puede modificarse en función de las informaciones, de los acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el curso de la acción. Dicho de otro modo: la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre. La estrategia de pensamiento es el arte de trabajar con la incertidumbre. La estrategia de acción es el arte de actuar en la incertidumbre...”².

El acompañamiento terapéutico es el arte de trabajar en la incertidumbre, no hay certezas, el AT se acomoda al proceso de trabajo, como dice Morín, se trata de la “estrategia de acción” .

Cuando un AT se inserta en un tratamiento, en el mejor de los casos, tiene un diagnóstico y cierto plan de acción, pero en la práctica, en los hechos se va construyendo la acción, dentro de la incertidumbre.

En principio, adhiero a pensar el caso por caso, no soy partidaria de los diagnósticos por sí, es decir, el mismo orienta pero no encasilla, considero que más que

² Edgar Morin: Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa. España.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

pensar en el paciente bipolar Juan, me inclino por considerar a Juan que posee un diagnóstico de un cuadro bipolar. Realmente es una diferencia sutil, pero en los hechos, es considerar la particularidad de Juan, que porta un determinado diagnóstico, pero que no es lo mismo que X o Y que también comparten el mismo diagnóstico. Cada paciente tiene su particularidad, sus debilidades y fortalezas, sus redes de contención o sus ausencias y las cuales, determinan distintas estrategias y planes de acción.

Lo cierto es que, si bien podemos pensar a priori determinados lineamientos y etapas a implementar dentro de un tratamiento, el proceso es incierto, el AT es un técnico especializado, preparado para ayudar a un paciente (y su familia) en la obtención del objetivo posible (y deseado) para ese caso concreto, con las particularidades del mismo, con esas fortalezas y debilidades, con presencias y ausencias, con todo lo que porta a favor o en contra.

El AT, implica un trabajo artesanal, a medida, pero por otra parte, transitorio, en el sentido que no va a constituirse en un “bastón” que el paciente va a adoptar de manera permanente para movilizarse, sino que se inserta en su vida por “una temporada” con el objetivo de dejar una nueva impronta que le permita un nuevo

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

modelo, una nueva forma de llevar esa enfermedad, una nueva forma de vincularse.

Es este el elemento de base, el vínculo, es desde el cual se trabaja y para el cual se trabaja, es desde este lugar especial que se gesta donde se dan los mayores logros y donde se instalan los modelos posibles.

Al decir que el at es un artesano, pienso, en qué sentido? Solo en el sentido de crear algo novedosos y único, por contraposición a la producción masiva? En cuanto a aplicar un modelo para todos los casos? Esto sería bien fácil, si pensamos y consensuamos un modelo a seguir con todos los pacientes que han sido diagnosticados como psicóticos por ejemplo.

Pero el AT, construye algo distinto en cada caso, en cada etapa del proceso y hasta en cada etapa personal, por lo tanto, es un arte de contemplar. Hablo no solo de contemplar al paciente sino de contemplarse a sí mismo. Como un proceso de reflexión tanto del otro como de sí mismo.

Lo más difícil de lograr, muchas veces, es sostener el silencio como tal, contemplar la necesidad de paciente sin resultar invasivo de imponerle nuestro ritmo, nuestra rutina y nuestro propio estilo de funcionamiento.

Cuando designo un AT para algún caso, lo primero que pregunta es ¿qué tengo que hacer? Y la primer respuesta que me surge es, al principio solo estar, solo

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

observar/contemplar al paciente y su necesidad, escuchar de la manera más abierta y amplia posible, para desde el respeto de las necesidades del otro, poder ofrecer una ayuda a medida del paciente y no a nuestra medida. No somos portadores de la sabiduría, solo tenemos (en el mejor de los casos) las herramientas para comprender el funcionamiento psíquico y por lo tanto entender el sufrimiento y el surgimiento del síntoma.

Hablo de una doble contemplación, la del otro y la propia, porque considero que, durante el proceso, es de gran importancia cuidar la percepción del propio agente de salud a quien le pasa muchas cosas y de quien tendemos a olvidarnos por considerar que está preparado para la tarea; en definitiva lo está, desde el punto de vista teórico, lo cual no asegura que solo con eso sea suficiente. Se trata de cuidar al cuidador, de acompañar al acompañante.

Para ello, resulta imprescindible que el mismo tenga ese poder reflexivo de sí mismo, de saber qué le pasa, de contemplarse a sí mismo en relación a ese vínculo que se establece con ese otro que también contempla.

Al decir de Kant: “Dos son las fuentes del conocimiento humano, a saber, la sensibilidad y el entendimiento. Por la primera nos son dados los objetos; por la segunda son pensados”.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Por la sensibilidad establecemos el vínculo con el paciente, nos conectamos con sus deseos, sus necesidades, sus dolencias, y por el entendimiento, proceso que deviene luego de la reflexión, podemos pensar y planificar las acciones, sabiendo que nos movemos en un terreno incierto, no tenemos certezas, tenemos condiciones que tienden a sostener el proceso como ser la supervisión y las instancias de evaluación constante, lo cual ofrecen las garantías de resguardo del dispositivo como tal.

Definición de contemplar³:

- 1** Mirar con interés, atención y detenimiento, especialmente por placer y de manera pasiva: desde la ventana puedo contemplar toda la ciudad.
- 2** Reflexionar con atención y cuidado sobre una cuestión para formar una opinión sobre ella: contempla la posibilidad de vender su casa. considerar.
- 3** Complacer a una persona o ser condescendiente con ella: no contemples tanto a tu hermano pequeño, que lo acostumbras mal.
- 4** Reflexionar detenida e intensamente sobre Dios, sus atributos divinos y los misterios de la fe.

³ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

En sí misma, la contemplación, lleva implícita la mirada atenta, respetuosa diría del sufrimiento humano y al mismo tiempo la “reflexión para formar una opinión sobre ella”, de manera que me resulta un concepto interesante para considerar la tarea del AT.

Este concepto nos permite comprender la mirada atenta, respetuosa, sin prejuicios de etiquetas diagnósticas, con la postura de llegar a cada encuentro con el paciente desde la particularidad del mismo, respetando cada individualidad y el impacto que tiene un diagnóstico común en ese sujeto y su entorno.

Al mismo tiempo, por esa doble oportunidad de reflexionar tanto en relación a ese otro con el que nos encontramos y con la reflexión de lo que provoca en nosotros, nos permite arribar o acercarnos a una concepción de ese individuo a través del considerarlo único, lo cual lleva implícito un posicionamiento desde el respeto de la persona, libre de prejuicios y/o sutiles influencias.

Para ayudar a otro, cualquiera sea ese otro, resulta necesario haber desarrollado la humanidad que todos llevamos adentro, poder transitar por este espacio de sensibilidad.

Finalmente, quiero compartir una nota que, al finalizar un acompañamiento, escribió una paciente y que, considero, muestra, del lado del acompañado, la tarea

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

que desempeña el AT, desde este contemplar el dolor ajeno y desde ese lugar, sostener, contener, y constituirse en un “visitante con permiso” (al decir de Pablo Dragotto).

Querido Fabián:

Es el final del día y hago un balance... nombres, recuerdos, aromas, expresiones, caras y caretas pasan por mi mente. Pasan rápido, yo quiero que sea así. No soportaría ver una a una las caras que hicieron de mi vida un infierno.

Me siento en un banco, en lo de Alberto. Abro mi cartera y veo las cartas que escribí y varias veces leímos juntos. Lo siento a mi lado, te siento a mi lado, vos me entendés, pocos lo hacen, pero me entendés. Saco la carta, esa que me hizo caer, donde empezó todo este periplo de desesperanza. Yo la conozco de memoria.

Cuando creí que todo estaba perdido, apareciste vos, y entendiste mi corazón, solamente te sentaste a mi lado. Al principio vi tu preocupación, luego solo te conectaste conmigo y te quedaste a mi lado, así en silencio, así a mi lado. Nos presentó mi terapeuta, y qué harías? Para qué? Me vendrás a controlar? ... ahora entiendo.

Se lo que pensás. Estás de mi lado, nos reimos, lloramos. Nos enojamos. Me decís “esto no puede seguir así” sin embargo yo pienso: “¿De qué serviría?” Nada en este momento puede hacerme sentir mejor, pero sí hay

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

cosas que pueden hacerme sentir peor. Prefiero lo menos malo para mí.

Nos cuesta creer que una y otra vez caigamos en la misma trampa. Tengo que dejar de confiar en ilusiones. Ya no es dolor, es muchísima bronca la que siento. Bronca porque muchísimas cosas se pudiesen haber evitado. Otras tantas diferenciado, el resto, filtrado. Ahora, yo te pregunto: ¿Por qué debe ser así?

Se que no me sabés responder porque estabas al lado mio...Pero deseo encontrar las respuestas.

Siempre estás ahí, dándome la mano, ofreciendo tu escucha, esa escucha que solamente vos podes dar, qué alivio contar contigo!!!

Tengo que empezar a andar sola, dice mi terapeuta, con todos los temores que me despierta, pero sé que voy a poder, porque, de alguna manera, siempre estarás adentro mío, no estarás, pero tu presencia estará a mi lado, como hoy como siempre.

Allá voy! Gracias.



ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO, SU VALOR COMO DISPOSITIVO

Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky

MAUER, Susana Kuras de; RESNIZKY, Silvia. Acompañamiento terapéutico, su valor como dispositivo. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). *E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico*. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



Durante estas últimas cuatro décadas perseveramos en el intento de caracterizar al acompañamiento terapéutico. Dar cuenta conceptualmente de una práctica clínica que asienta sobre la permanente variación nos resultaba impensable. Transmitir con algún término de qué se trata esta rareza de ser AT no fue un desafío sencillo. ¿Se trata de una técnica?, ¿Una profesión?, ¿Una estrategia terapéutica?. En distintos momentos pensamos al acompañamiento como un aporte complementario al trabajo psicoterapéutico y psiquiátrico, como un agente en Salud Mental, como parte de un tratamiento de abordaje múltiple.¹

¹ Kuras de Mauer S y Resnizky S: *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico Clínica*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires. 2002.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

La historia del acompañamiento fue construyendo un cuerpo teórico, una técnica, instituciones asistenciales, espacios de formación y leyes que regulan su ejercicio. Pese a la enorme variación y diversidad que plantea en la práctica clínica, en todas las categorías nosográficas, y en todas las edades de la vida el ejercicio del acompañamiento está atravesado por algunas marcas que la definen. “El cauce por el que discurre esta práctica subjetivante es el de la clínica del desvalimiento. Es la dimensión del dolor psíquico aquello que expone a estados de desamparo y carencia. La intemperie emocional es nuestro suelo.”²

Quienes hemos recorrido el proceso de crecimiento y consolidación de este quehacer, padecemos durante mucho tiempo el desconcierto de los legos, la resistencia de los psiquiatras y la aprehensión de los psicoterapeutas para incluir en su estrategia de abordaje acompañamiento terapéutico. Esta inserción profesional encuentra hoy en el concepto de **dispositivo** una perspectiva filosófica que creemos útil para ser pensada.

Muchas veces las limitaciones para explicar qué es concretamente un AT, entorpecieron su integración con los demás colegas de un equipo. La imagen de ser el comodín del mazo, que interviene con voluntad y

² Kuras de Mauer S. Y Resnizky S: *Territorios de l Acompañamiento terapéutico*. Ed Letra Viva Buenos Aires 2005.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

entusiasmo llenando huecos, sin encuadre (aparente) ni reglas del juego, incrementaron la desconfianza en los posibles aciertos de la indicación terapéutica. O más aún, debilitaron la valoración y el reconocimiento de lo original de su aporte. Porque si de comodín se trata, nadie duda lo eficaz que resulta contar con él cuando no hay nada mejor a disposición. Pero tampoco caben dudas de que por dicha versatilidad operativa no le es reconocido un valor singular en la labor que específicamente realiza y para la que fue formado.

Si hoy fuésemos sorprendidas con la pregunta, que pese a los años transcurridos, retorna con insistencia, podríamos aventurar como respuesta: el acompañamiento terapéutico es un dispositivo. De ahí que este concepto bisagra diera origen a nuestro nuevo libro, “El Acompañamiento Terapéutico como Dispositivo”, actualmente en prensa (Editorial Letra Viva).

La filosofía de los dispositivos fue introducida por Michell Foucault y retomada con un exhaustivo análisis por Gilles Deleuze y Giorgio Agamben.

Nuestra aproximación a la arquitectura conceptual de estos pensadores contemporáneos no tiene, en nuestro caso, otro objetivo que introducir un modelo de pensamiento que como tal, plantea aspectos consonantes con nuestro tema en cuestión.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

En el caso del término “dispositivo”, tanto en el empleo común como en el foucaultiano, parece referir a la disposición de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y de conseguir un efecto. De este concepto, nos interesa rescatar tres aspectos : la naturaleza estratégica del dispositivo, su heterogeneidad y su entramado en red.

Para referirse al dispositivo, Deleuze lo describe como “una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilineal...compuesto por líneas de diferente naturaleza [...]que siguen direcciones diferentes”.³

El acompañamiento también es una especie de madeja compuesta de fibras heterogéneas, desparejas. Un ovillo, es algo que preanuncia más de un destino posible. Se presta, en cualquier caso a hacer algo con él. Un ovillo, por ejemplo, es un abrigo en potencia. Tiene por delante la posibilidad de transformarse en algo nuevo. Pero la trama de la malla no está en el origen, hay que tejerla. En un libro anterior aludimos a un estado de disponibilidad móvil en el acompañante, necesario para ejercer su función terapéutica. Ese particular posicionamiento de apertura es, como en el caso de la madeja, el punto de arranque del tejido ulterior.

³ G. Deleuze, E Baliber, G Dreyfus y otros: *Michell Foucault filósofo*. Barcelona. Gedisa editorial. 1999.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Las líneas de un dispositivo “... forman procesos siempre en desequilibrio”.... Esta inestabilidad es uno de los aspectos más relevantes del acompañamiento como propuesta terapéutica. Se trate de las oscilaciones del encuadre, o de los bruscos vaivenes emocionales de los pacientes, no es la continuidad serena una cualidad del acompañamiento. El equilibrio, cuando se lo percibe, es siempre provisorio. Estar advertido y preparado para ello, ayuda a evitar que el furor curandis, produzca expectativas de reparación maníacas que inevitablemente llevan a un desencuentro con el paciente y, consecuentemente, frustran al AT.

Al disponernos a pensar un dispositivo desde su indeterminación constitutiva, nos enfrentamos tanto con sus potencialidades como con las dificultades que esto nos plantea. La transformación permanente es propia de la complejidad. Es la apertura a la creación de una estrategia “a medida”, la mayor de sus riquezas. Nuevas líneas de enunciación reformulan desde otros ángulos el sustento y el sentido del acompañamiento terapéutico. Las transferencias múltiples que se entrecruzan en dispositivos clínicos conjuntos alojan corrientes diversas de la vida psíquica del paciente. La construcción, el despliegue y la disolución del vínculo transferencial operan con diferencias sustanciales en cada vínculo. Hay un descentramiento de la transferencia que en algunos

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

casos se expresa en forma disociada, o en otros se desglosa, diversificandose con variaciones sutiles entre los distintos profesionales que asisten a un mismo paciente. En general con los AT se gestan modalidades transferenciales fusionales o persecutorias. Así como en el espacio analítico suelen re editarse los vínculos parento-filiales, en la interacción con los AT se escenifican predominantemente lazos fraternales.

Mediante procesos autorganizadores, cada dispositivo crea sus propios determinantes así como también define sus objetivos. Pero esta característica fue causa, a su vez, de serios inconvenientes. La falta de coordenadas constantes nos ha dificultado tanto la conceptualización teórica del acompañamiento, como la legitimación de su inserción en la sociedad.

El tenor de novedad de las propuestas terapéuticas de acompañamiento, no solamente generó resistencias en el “mundo psi”, sino que en el entorno social (familiares, amigos y colegas cercanos) estuvo subvaluado su alcance. El intento de compararlo y referirlo a otras prestaciones de servicios conocidas (enfermeros, niñeras, damas de compañía), lo dejaron muchas veces asociado a un protagonismo equívoco. De hecho, recién ahora las instituciones psicoanalíticas comienzan a ofrecer cursos de formación en acompañamiento terapéutico.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Los enormes márgenes de variación entre las diversas propuestas de capacitación para trabajar como AT, fueron otro factor que incidió en cierto desprestigio asociado a este recurso terapéutico. Algo así como si cualquiera pudiera ejercerlo sin estar preparado para ello. También esto se ha ido transformando. Y de hecho vamos en una dirección que en el corto plazo va a acotar las distancias entre los distintos polos de formación. Atravesar la preparación que brinda una tecnicatura, como aquellas que ya se cursan en varias provincias del interior del país, pasará a ser requisito para el ejercicio profesional.

Legitimación, formación, acreditación y habilitación profesional del AT, están todos enhebrados en una misma categoría de fenómenos. Hoy pensar en todo esto nos lleva a ampliar la clásica definición de su funcionalidad en la práctica clínica, para redimensionarlo.

Ahora bien, esta fuerza expansiva que conquistó el acompañamiento, pide a su vez mesura, prudencia y disciplina en el diagnóstico e indicación de esta terapéutica. Resulta difícil tener una conciencia lúcida de sus potencialidades y también de sus límites. Pues el acompañamiento como práctica no es un terreno inmune a desgastes o usos distorsivos, que en lugar de ayudar a tramitar, confundan al paciente o simplemente cumplan un papel protésico poco aconsejable.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

La permanente reformulación del sentido de sostener un dispositivo de acompañamiento, así como la revisión de su intensidad y frecuencia hacen también a la dinámica transformadora de esta propuesta. Como bien decía Foucault, “desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas”, y eso es lo que él llama el trabajo en el terreno. “Hay que instalarse en las líneas mismas, que no se contentan sólo con componer un dispositivo, sino que lo atraviesan”.

Hay otra perspectiva interesante a rescatar en esta manera de concebir la función de acompañar. La disposición a legitimar la fecundidad de los vínculos de paridad dio vigor a una propuesta que asienta sobre el descentramiento creciente del poder médico vertical, y hegemónico. Un contexto social en el que se debilitan los lazos de pertenencia, en el que el compromiso y la participación no son referentes que convoquen, necesita más que nunca de propuestas de contención que suplementen esta carencia. La nueva ley de Salud Mental hace explícita esta necesidad proponiendo: “... el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos

sociales..”⁴.

La dimensión de la alteridad y la recuperación de los lazos sociales vulnerados por la enfermedad, fueron siempre consustanciales a la viabilidad de nuestra perspectiva respecto de aquello que en 1980 llamamos el rol del AT y que hoy definimos como una malla compleja, en la que se tejen relaciones entre elementos heterogéneos.

Las lógicas fraternas y sus tramas están directamente relacionadas con el resquebrajamiento de las instituciones clásicas. La crisis del modelo familiar patriarcal, autoritario y verticalista marca un hito histórico que nos ubica en tiempos de transición, que justamente por ser de cambios, resultan difíciles de atravesar.

El trabajo sobre lo fraterno, trabajo arduo y complejo, constituye un recurso de apertura para reposicionar los alcances del acompañamiento terapéutico. Esto se expresa y se traduce clínicamente en la implementación de nuevos abordajes y de nuevos dispositivos. Responde así mismo, a desafíos inéditos que hasta ahora no eran considerados como recursos posible. Nos referimos, por ejemplo, a intervenciones en el campo educativo o en el apuntalamiento de familias judicializadas en los cuales la inserción de acompañantes puede

⁴ Ley Nacional de Salud Mental sancionada por el Congreso de la Nación, 2010.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

neutralizar situaciones de violencia, o evitar escisiones entre los distintos contextos en los que participan los hijos.

Los lazos de paridad, que asientan sobre la horizontalidad habilitan nuevos modos de interacción. Hay en ellos más espacio para la vacilación, el disenso, la confianza y la tolerancia. La posición del acompañamiento entrena para la fraternización de la escucha y esa disposición promueve vínculos terapéuticos cualitativamente diferentes.

Pasaron ya 40 años desde el amanecer del acompañamiento. Trabajamos clínica y conceptualmente, puliendo su perfil y aún hoy podemos decir que el acompañamiento es como el block maravilloso: cada situación clínica es una nueva escritura que va haciendo marca y dejando huellas duraderas (Sócrates). Pero es también un acto fundacional, inaugural y único que sucede, como en la pizarra, sobre una superficie que, a su vez, en cada vínculo hay que constituir.



**ESTRATÉGIAS EM AT:
FERRAMENTAS CLÍNICAS**
Alex Sandro Tavares da Silva

SILVA, Alex Sandro Tavares da. Estratégias em AT: ferramentas clínicas. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2011. <http://siteat.wordpress.com>



Na presente produção buscarei apontar algumas “ferramentas clínicas” que podem auxiliar os acompanhantes terapêuticos nas suas atividades cotidianas. O objetivo principal é que o uso dessas estratégias (na forma adequada, no momento correto e quando se leva em consideração a subjetividade do paciente) possa contribuir para que se evite o excesso de medicação e uso da “contenção mecânica”; além disso, possa promover a diminuição de sintomas incapacitantes e o aumento da autonomia, autoeficácia e autoestima.

As “ferramentas clínicas” a serem apresentadas são: psicoeducação sobre o funcionamento básico do humano; técnica de relaxamento (**TR**); treinamento em habilidades sociais (**THS**), técnica de resolução de problemas (**TRP**) e “técnica da projeção temporal” (**TPT**).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Saliento que as estratégias que serão mencionadas no decorrer dessa produção são utilizadas por profissionais das mais variadas “abordagens teóricas” (principalmente pelos cognitivistas e comportamentalistas), além de professores de artes marciais, Yoga, meditação, etc. Apesar disso, acredito que é de fundamental importância que o acompanhante terapêutico reflita sobre ontologia, epistemologia, teorias de personalidade, abordagens teóricas, etc., sempre com o objetivo de manter sua autonomia, evitando cair numa “tecnocracia clínica”.

PSICOEDUCAÇÃO SOBRE O FUNCIONAMENTO BÁSICO DO HUMANO:

Creio que é uma condição básica para o exercício do trabalho de promoção de saúde e o de tratamento de doenças o saber acerca do funcionamento do humano. Esse saber não é privativo de nenhuma profissão e é importante, pois o **at** poderá auxiliar muitos pacientes que sofrem ao cometer o equívoco de considerar o que é normal como patológico, principalmente os sujeitos que sofrem de transtorno do pânico, esquizofrenia, depressão e ansiedade.

Considero dados importantes sobre as noções básicas do funcionamento do humano saber diferenciar, pelo menos, entre: sensação, pensamento,

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

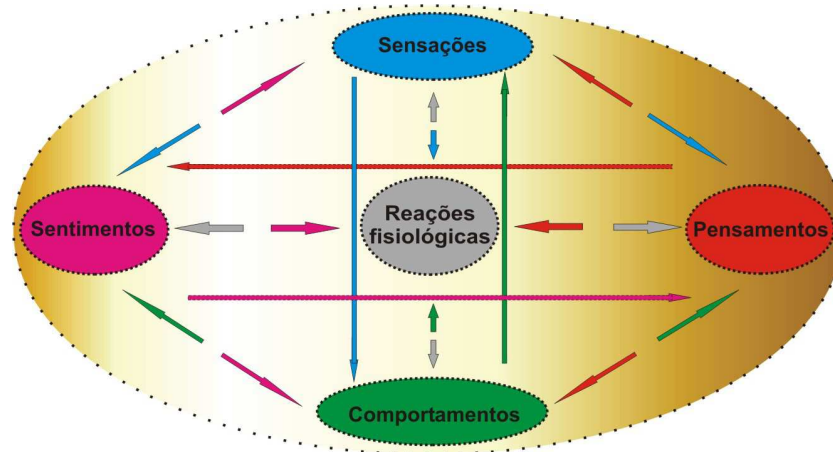
sentimento/emoção, comportamento e reações fisiológicas.

- **Sensação** – que é a impressão causada num órgão receptor por um estímulo e que, por via aferente, é levada ao sistema nervoso central. Ex.: dor, coceira, parestesia, odor, tato.
- **Pensamento** – que é ato ou efeito de refletir com ou sem o uso de imagens mentais. Ex.: lembranças, crenças, imagens mentais.
- **Sentimento/emoção** – que é a disposição afetiva em relação ao que é pensado consciente ou inconscientemente. Ex.: amor, tristeza, medo, pesar, alegria, ansiedade.
- **Comportamento** – que é a maneira de proceder, a conduta, o ato, a ação de lidar consigo e/ou com os outros. Ex.: correr, brincar, dançar, falar, escrever.
- **Reações fisiológicas** – que são as funções orgânicas presentes em todo sistema vivo. Ex.: batimento cardíaco, suor, movimentos intestinais.

Alguns pacientes podem apresentar redução de sintomas desagradáveis ao serem informados sobre esses “dados básicos”, mas, conforme experiências clínicas, identifico que é necessário ir além dessa “aula introdutória”; é importante mostrar como esses fatos interagem entre si, de preferência, usando exemplos

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“concretos” da vida do paciente em tratamento em **AT**.
Por exemplo, podemos informar usando um “esquema”¹:



Ou seja, com essas conexões (não hierárquicas) pretendo deixar claro que sensações também geram pensamentos (conscientes ou inconscientes) que vão influenciar nos sentimentos, nos comportamentos e nas reações fisiológicas, formando assim, um “sistema de retroalimentação” psico-bio-comportamental constante, atuando, como é evidente, no contexto (pessoas, objetos, ambiente, etc.) onde os comportamentos são manifestados. Por exemplo, um paciente com lombalgia crônica poderia sentir uma leve dor nas costas e pensar que está sendo “castigado por Deus”, ficar triste e passar o dia inteiro deitado na cama e, com isso, poderá gerar um aumento da sua lombalgia; este “sistema de

¹ Preste atenção que todas as linhas são pontilhadas, representando a abertura entre os elementos. As flechas são coloridas, representando o tipo de direção da influência exercida.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

retroalimentação” pode chegar ao ponto de influenciar o aparecimento ou agravamento de comorbidades, por exemplo: depressão maior, risco de suicídio, crises de ansiedade, hipocondria; do ponto de vista interpessoal, os entes próximos poderiam alterar as formas de contato com esse sujeito (ex.: manifestando muita preocupação, medo, ansiedade, irritabilidade).

TÉCNICA DE RELAXAMENTO (TR):

Na prática do **AT** é muito freqüente a escuta de queixas que mencionam ansiedade, estresse e dores, por isso acredito que o acompanhante terapêutico deve ir muito além do que apenas dizer para o paciente “relaxa, não te estressa”; essa forma de “orientação” ao paciente, ao meu modo de pensar, é absolutamente desnecessária, pois a grande maioria dos pacientes já sabe que precisam “relaxar” e “desestressar”, mas o grande problema é que eles, muitas vezes, não sabem ou não se lembram como fazer isso, apesar de saberem os porquês de estarem vivendo isso.

As produções científicas (HAWTON e SALKOVSKIS, 1997; MCMULLIN, 2005), as práticas de meditação, de artes marciais e a experiência clínica apontam que quando se está relaxado fisicamente, o relaxamento mental vem logo a seguir... e vice-versa. Desse modo, chego à conclusão que a prática do

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

relaxamento pode aliviar a ansiedade, o estresse e até determinados desconfortos físicos, porque é difícil para o corpo ou para a mente estar simultaneamente relaxado e ansioso. Assim, ensinar o paciente a desenvolver a sua capacidade de relaxar, antes e durante situações estressantes, pode diminuir de forma importante a frequência e a intensidade do desconforto, além de aumentar a auto-estima e auto-eficácia.

A técnica de relaxamento que acho mais prática, rápida, eficaz e que pode ser utilizada em várias situações leva o nome de “Respiração Controlada” (RC). Essa técnica foi inventada ao perceber-se que muitas pessoas respiram superficialmente ou irregularmente quando estão alteradas (ex.: ansiosas, tensas, estressadas). Essa alteração da respiração conduz ao desequilíbrio de oxigênio e dióxido de carbono, que pode causar os sintomas físicos bem desagradáveis (ex.: taquicardia, tontura, agitação, falta de ar, tremor) de várias desordens ou até patologias (ex.: crise de ansiedade, transtorno do pânico, estresse).

É fundamental informar ao paciente que a técnica da “Respiração Controlada” deve ser praticada por, no mínimo, 5 minutos, sem interrupção, porque esse é o tempo médio necessário para que ocorra o restabelecimento do equilíbrio (fisiológico) do oxigênio e dióxido de carbono. Chega-se ao equilíbrio funcional de

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

forma mais eficaz se a pessoa inspira (5 segundos) e expira profundamente (5 segundos) em uma quantidade igual de tempo.

Sugiro que a técnica seja utilizada durante a sessão de **AT**, com o auxílio do acompanhante terapêutico, pois o paciente deve ser orientado a inspirar contanto mentalmente até 5 segundos e expirar contanto mentalmente até 5 segundos, durante 5 minutos, fazendo uma breve pausa entre a inspiração e a expiração, sempre utilizando da “respiração abdominal”, que comporta mais oxigenação do que a “respiração torácica”. Para criar uma imagem mental que auxilie na lembrança da técnica peço que o paciente, quando se sentir desconfortável, lembre da mão aberta do “sinal de pare”: é um pedido de pare ao desconforto!



Essa imagem, conforme *feedback* dos pacientes, auxilia na “mnemônica clínica”, no processo de recordação dos cinco dedos da mão, que a técnica leva 5 minutos, com respirações e inspirações de 5 segundos...

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

por isso, também chamo de “técnica do 5” (**T5**). Destaco que essa técnica, para alguns pacientes, também pode servir como uma “estratégia de distração” se o sujeito conseguir focalizar grande parte de sua atenção no procedimento descrito e não nos sinais e sintomas de seu desconforto.

Lembro que o paciente deve tentar respirar da forma mais confortável possível, sem nunca inspirar e expirar todo o ar de uma única vez (ex.: inspirar todo o ar em 1 segundo), pois isso produzirá ainda mais desconforto (ex.: aumento da ansiedade, taquicardia, tontura).

Ao final, é importante destacar que se o paciente apresenta alterações patológicas na sua estrutura anatômica respiratória, talvez o mesmo deva fazer uma avaliação clínica para a possível indicação de tratamento do seu quadro físico e, enquanto isso não ocorre, talvez seja necessário o uso da respiração via boca. Nesse caso, é importante avisar ao paciente para evitar fazer a **T5** via boca em ambientes extremamente frios, pois o ar gelado pode gerar impacto negativo direto no pulmão.

TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS (THS):

Conforme Caballo, Andrés e Bas (2003: 34) o **THS** é um “grupo de técnicas” que busca promover o aprendizado de comportamentos interpessoais

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

apropriados, com o objetivo de melhorar a competência do paciente em situações sociais.

O **THS** é muito utilizado em quadros de fobia social, esquizofrenia, excessiva timidez, autismo, etc.

A estratégia do **THS** está sustentada na hipótese de que alguns transtornos psicológicos formam-se e mantêm-se funcionamento como consequência de uma baixa qualidade no processo de aprendizagem das “habilidades sociais” (é uma técnica pautada, sempre, na cultura do paciente, no seu território de vida atual e nas suas metas). Assim, com o treinamento das habilidades sociais buscamos reduzir os déficits sociais para aumentar o engajamento do paciente em situações interpessoais que considere importante (ex.: amigos, festas, trabalho, ensino, etc.).

Guimarães (2001: 124) aponta que “habilidade social” é a capacidade de o sujeito emitir respostas eficazes e adequadas a situações específicas, desse modo, o repertório de habilidade é “mutante”, deve alterar-se em conformidade com o seu contexto, a cultura, os objetos, os objetivos, as pessoas, subjetivas envolvidas no evento.

O procedimento clínico inicia com o paciente sendo incentivado a demonstrar como agiria em determinadas situações que devem ser enfrentadas para se chegar ao objetivo estabelecido (pelo paciente); após essa

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“apresentação inicial” do acompanhado, o acompanhante terapêutico pode “simular” com o mesmo uma interação (*rolling play*). Depois da “simulação” (o paciente pode “representar”/“interpretar” a si mesmo ou a outra pessoa que terá contato), o acompanhante terapêutico:

- Elenca, junto com o paciente, as condutas que parecem ser mais adequadas ao fim desejado pelo paciente.
- Analisa as habilidades que podem ser “refinadas” (melhor adaptadas às metas do acompanhado).
- Quando necessário, o **at** elabora um plano de aprendizagem de “novas habilidades”, que também devem ser testada concretamente na vida cotidiana do paciente (essa é a “validade ecológica” do que é realizado em **AT**).

Assim, durante a sessão de **AT** o sujeito exercita as suas habilidades sociais e tenta utilizar o que viveu no tratamento com outras pessoas em diferentes contextos.

O **THS** pode gerar bons resultados em casos de habilidades interpessoais, como, por exemplo:

- Iniciar uma conversa.
- Manter uma conversação.
- Encerrar um debate.
- Fazer uma entrevista de seleção de emprego.
- Pedir um aumento.
- Conversar com os familiares em momento de crise.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

- Iniciar e finalizar um novo contato social.
- Reivindicar direitos.
- Mostrar sentimentos.
- Expressar opiniões.
- Fazer e receber críticas.
- Pedir e receber algo.
- Negar algo.
- Fazer contato visual.
- Solicitar mudança, etc.

O **THS** também pode auxiliar na melhora do desempenho de fazer apresentações públicas acadêmicas, profissionais (ex.: delimitação do conteúdo, forma de apresentação, pronúncia, nível de concentração no conteúdo, maneira de se portar, como encerrar a apresentação), entre outras frentes clínicas.

TÉCNICA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS (TRP):

Essa estratégia é muito importante, pois pode auxiliar o paciente no processo de mudança de determinadas situações desconfortáveis de sua vida pessoal; ou seja, a **TRP** age sobre a realidade concreta do paciente, inclusive indo além do mesmo, influenciando os seus contatos sociais, o seu ambiente, etc.

A técnica de “resolução de problemas”, também chamada de “solução de problemas” (GUIMARÃES, 2001:

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

125), é indicada, ao meu ver, para o paciente de **AT** que possua, no mínimo:

- Uma capacidade cognitiva que permita uma boa comunicação com o acompanhante terapêutico.
- Possa usar da sua memória, abstração, juízo crítico, raciocínio lógico-dedutivo.
- Tenha uma “disposição comportamental” para testar a “efetividade” das soluções imaginadas durante a sessão de **AT**.

Assim, fica claro que essa técnica não deve ser administrada pelo **at** de forma generalizada, sem critérios claros, pois a mesma não é uma panacéia.

A **TRP**, de modo geral, não é indicada nos momentos de surto psicótico, quadros de catatonia, grave autismo, *delirium tremens*, etc.

Como o nome já deixa claro, a técnica de “resolução de problemas” debruça-se sobre uma situação específica (concreta) que já foi identificada como sendo uma realidade geradora de elevado grau de desconforto (problema) ao paciente.

A técnica começa com a delimitação do “problema principal” (ex.: briga, desemprego, doença).

Se o paciente não consegue apontar o “problema principal”, talvez seja útil usar a “técnica da projeção temporal” (**TPT**), que consiste em fazer o paciente imaginar (como se ele mesmo fosse um “produtor de

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

filmes”) cada um dos seus problemas como tendo sido resolvidos (separadamente) e, logo após isso, avaliando e dizendo o seu “grau de melhora” do desconforto quando imagina que o problema “não existe mais”; a “imaginação da solução” que gera maior sensação de bem estar está vinculada ao problema que é tido como o pior, o mais desagradável, o “problema principal” (ou seja, aqui há uma “relação inversa”: a solução do pior problema gerará a sensação de melhor resposta emocional: alegria, bem estar, paz).

Alguns pacientes preferem (primeiro) resolver o problema “mais fácil”, para somente depois ir ao encontro do “mais difícil”. Isso faz com que o paciente vá sentindo-se, gradualmente, mais capaz de lidar com problemas e a sensação de bem estar pode surgir de forma rápida, pois “problemas simples” tendem (em tese) a ter solução mais rápida. Outros pacientes preferem agir diretamente sobre os “piores problemas”, pois tem pouco tempo para contar com a ajuda do acompanhante terapêutico (ex.: no caso de viagens aéreas já programadas, apresentações em público, seleção de emprego, etc.).

Após a seleção do problema, é importante que o paciente aponte os seus possíveis modos (pessoais) de resolver o conflito; nesse momento é importante não avaliar, apenas elencar várias estratégias de solução de problema do paciente (criar uma lista de várias

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

perspectivas de solução de crises). Somente após esse exercício de criação de algumas estratégias pessoais de solução é que inicia o processo de escolha da “melhor resolução possível”, ou seja, a que tem uma maior porcentagem de dar o resultado esperado pelo paciente.

A seguir, é importante analisar e simular (imaginativamente), com o paciente de **AT**, como executar a “solução de problemas” selecionada: Onde ocorrerá o teste? Como ocorrerá o procedimento? Haverá contato com outras pessoas? Quais? Não serão receptivas? Como lidar com a não recepção? Que técnicas clínicas auxiliares devem ser utilizadas? Como saber que o resultado do teste foi positivo ou negativo? Etc.

O próximo passo é testar a solução escolhida com um “experimento” na vida do paciente para identificar a “validade ecológica” da estratégia escolhida (pelo paciente). Logo após o “teste cotidiano”, é fundamental avaliar os resultados junto do paciente. O paciente conseguiu resolver o problema? Se não, o que pode ser melhorado na mesma estratégia para resolvê-lo? Que outros elementos do contexto devem ser mudados para auxiliar na resolução? Que outras estratégias podem ser utilizadas em conjunto? Há algum elemento do contexto que foi desprezado e merece avaliação e solução?

Atenção: no caso de “problemas insolúveis” (ex.: doença incurável, morte iminente, falecimento de ente

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

querido), ainda assim, podemos auxiliar o paciente a encontrar a melhor forma possível de lidar com a “situação incontornável”, usando da “resolução de problemas” para identificar algum meio de promover qualidade de vida, apesar de não gerar a cura desejada; nesse sentido, estaríamos utilizando a “resolução de problemas” com uma importante e, na minha opinião, extremamente oportuna e adequada “terapêutica paliativa”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

No decorrer dessa produção divulguei algumas “estratégias clínicas” que podem auxiliar de forma importante (quando bem indicadas e administradas) o trabalho do acompanhante terapêutico. Com elas, busquei disponibilizar aos colegas acompanhantes terapêuticos um conjunto de “ferramentas” que buscam evitar o excesso de medicação, o uso indiscriminado da “contenção mecânica” e, por outro lado, potencializar o tratamento dos sinais e sintomas incapacitantes e a promoção do aumento da autonomia, da autoeficácia e da autoestima.

Apesar de parecer óbvio, desejo deixar absolutamente claro que nenhuma dessas estratégias deve ser tomada como panacéia e, além disso, informo que nem todas as técnicas apontadas aqui devem ser

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

utilizadas “em conjunto” (estilo “protocolo clínico”) no mesmo paciente (isso poderia ser chamado de “excesso clínico desnecessário”). Ou seja, as estratégias devem ser escolhidas (adequada e precisamente prescritas) levando-se em consideração a individualidade de cada sujeito e não a “vontade de intervir” do acompanhante terapêutico (“*furor curandis*”).

Também salientamos a importância do **at**, antes de usar das estratégias aqui apontadas, identificar o que o paciente utiliza (suas “ferramentas de vida”) para sentir-se melhor e/ou menos pior (o que funciona bem em ambos) e as estratégias que utilizou, mas não produziu bom resultado, nenhum resultado ou até piora. No primeiro caso (das “boas técnicas”), é importante que o paciente lembre-se de usar as suas estratégias nos momentos corretos e no segundo (das “técnicas inúteis”, “pouco efetivas” e/ou “aversivas”), talvez seja importante o **at** reavaliar o uso da “técnica do paciente” que não deu o resultado desejado, pois já encontrei pacientes que possuíam “ótimas estratégias”, mas que não geravam o resultado esperado por serem utilizadas na hora errada, por pouco tempo ou com falha em poucos procedimentos (ex.: tentar usar rápida “respiração torácica”, com inspiração e expiração de 1 segundo, durante 1 minuto, para relaxar, não tem boa eficácia e pode piorar os sintomas de ansiedade e pânico). Ou seja, o ideal é que o

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

at possa identificar, com a ajuda do paciente e demais profissionais da saúde, as suas potências e, somente depois, oferecer, se for necessário, as “estratégias clínicas” apontadas nessa pequena produção.

BIBLIOGRAFIA:

- CABALLO, Vicente E. (1996). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Santos, 1 ed.
- CABALLO, Vicente E.; ANDRÉS, Verania; BAS, Francisco (2003). Fobia Social. In.: CABALLO, Vicente E. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos. São Paulo: Santos. p. 25-87.
- HAWTON, K., SALKOVSKIS, P. M. (1997). Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um Guia Prático. São Paulo: Martins Fontes.
- MCMULLIN, Rian E. (2005). Manual de Técnicas em Terapia Cognitiva. Porto Alegre: Artmed. 335p.



LA TRANSFERENCIA

Marco Antonio Macías

MACÍAS, Marco Antonio. La transferencia. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



Si consideramos la experiencia analítica como una puesta en escena del amor, ¿cómo interviene entonces el poder del amor en la relación analítica? Lacan en su seminario sobre el tema de la transferencia en la sesión del 30

de noviembre de 1960, señalaba que:

“El problema del amor nos interesa en tanto que va a permitirnos entender lo que ocurre en la transferencia; y diría hasta un cierto punto, a causa de la transferencia” (p. 51).

Respecto al amor, Lacan en una sesión del 5 de mayo de 1954 de su seminario titulado Los Escritos Técnicos de Freud, va a mencionar que no hay amor que funcionalmente pueda realizarse en la comunidad humana sino es a través de un pacto que, cualquiera sea la forma que adopte, siempre tiende a aislarse en determinada

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

función, a la vez en el interior del lenguaje y en su exterior. Es lo que se llama la función de lo sagrado; función que está mas allá de la relación imaginaria.

En la sesión del 7 de julio del mismo año comenta que el amor se distingue del deseo como la relación límite que se establece entre todo organismo y el objeto que lo satisface, pues su objetivo no es la satisfacción, sino ser. Por eso sólo podemos hablar de amor ahí donde sólo existe relación simbólica como tal.

En esta sesión Lacan intentará puntualizar una diferencia entre el amor como pasión imaginaria del don activo que él constituye en el plano simbólico. Así él señala:

“El amor, no ya como pasión sino como don activo, apunta siempre más allá del cautiverio imaginario, al ser del sujeto amado, a su particularidad. Por ser así puede aceptar en forma extrema sus debilidades y rodeos, hasta puede admitir sus errores, pero se detiene en un punto, punto que sólo puede situarse a partir del ser: cuando el ser amado lleva demasiado lejos la traición a sí mismo y persevera en su engaño, el amor se queda en el camino... Me contento con señalar que el amor –en tanto es una de las tres líneas divisorias en las que el sujeto se compromete cuando se realiza simbólicamente en la palabra- se dirige hacia el ser del otro. Sin la palabra, en tanto ella afirma al ser, solo hay Verliebtheit, fascinación imaginaria, pero no amor. Hay amor padecido, pero no don activo del amor” (pp.402-403).

Otra forma que tiene Lacan de explicitar el don activo que el amor constituye en el plano simbólico, la muestra en la sesión del 8 de junio de 1955 de su

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Seminario El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica:

“El pacto de palabra va, pues, mucho más allá de la relación individual y sus vicisitudes imaginarias: para comprobarlo no es necesario buscar muy lejos en la experiencia. Pero en ese pacto simbólico y en las relaciones imaginarias que proliferan espontáneamente en el interior de toda relación libidinal, existe un conflicto, tanto más cuanto que interviene algo del orden de la Verliebtheit. Este conflicto subtiende, puede decirse, la gran mayoría de aquellos otros en medio de los cuales se desarrolla la vicisitud del destino burgués, ya que éste se cumple en la perspectiva humanista de una realización del yo y, por consiguiente en la alienación propia del yo” (pp. 389-390).

Es importante discriminar que el yo no es el sujeto, en la experiencia analítica tenemos la posibilidad del encuentro con un sujeto evanescente, decimos que no es el yo ni la persona, pues como bien señala Lacan, ¿quién es ese yo que habla y se afirma con tanta certeza?

El dispositivo analítico que da lugar a una práctica de la palabrería favorece el escenario para que lo inconsciente se produzca, sin embargo si consideramos en rigor, lo inconsciente como lo imposible de decir y si al intentar nombrar imposible de decir, hay una aparición del sujeto con su consecuente evanescencia. Tenemos entonces que cuando Lacan habla, de la transferencia como la puesta en acto de la realidad sexual del inconsciente, nos encontramos entonces frente a una puesta en acto de la incertidumbre.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

A su vez, podemos afirmar, que si el inconsciente es el discurso del Otro se produce una puesta en acto del saber del Otro, que se presenta en un marco de incertidumbre, de ahí que el analista habrá de ocupar el lugar de secretario que toma al pie de la letra el testimonio de aquel que le cuenta lo que le viene del Otro, particularmente para el caso de la psicosis. En donde sabemos que ambos, el llamado psicótico y el analista posan transferencialmente, se prestan a apoyar una transferencia.

Sabemos que el psicótico tiene que vérselas con lo que le pasa al Otro por la cabeza, pero ello implica un problema: que el psicoanalista lo invite a que “diga lo que le pase por su cabeza”. Y sabemos que es un problema porque no puede decir lo que piensa, excepto a quien admita primero que “él no es él: es decir, al que no excluya a priori imposible codelirio. La función secretario que realizamos pone en escena esa transferencia al llamado psicótico.

Tenemos entonces que si lo inconsciente es lo imposible de decir ¿por qué suponer un inconsciente irreductible atribuyéndole un saber, si es irreductible? Freud ya nos mostraba que la verdad que se despliega es sobre la incertidumbre. Por ello en la experiencia analítica no se trata de un proceso con el que se adquiriría un

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

saber exhaustivo. Esto no quiere decir que no haya hallazgos que son singulares y que producen efectos.

La ignorancia es el motor que nos permite buscar, es también lo que nos permite dar lugar a la sorpresa. En el encuentro analista paciente sabemos que cuando hay disposición a la transferencia se inaugura una atribución de saber al analista. ¿Qué es todo aquello que se cree encontrar en el analista?

Veamos enseguida las figuras del amado y del amante implicadas en el encuentro analítico así como también el engaño que se inaugura en la efectuación de la transferencia con la puesta en escena de la fascinación imaginaria.

Es importante considerar que en la cautivación, se es tomado por ese objeto que causa nuestro deseo, en donde además lo que más cautiva, es lo más oculto en el objeto (Lacan, 1960).

En el encuentro erastés-erómenos existe una relación caracterizada por la discordancia y la asimetría.

En ese encuentro, el amado no sabe qué es lo que el amante encuentra tan amable en él. Pues además, en el preciso punto donde el objeto toma su máximo valor para aquél que le hace una serie de atributos, es ese punto el que queda debidamente oculto.

Por su parte, el amante cree que el amado posee aquello que le hace falta, pues es con esa falta que él

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

ama. El amante no sabe de qué manera el amado se constituye, para él, como un objeto imaginario que se haya de algún modo en posición de condensar en sí mismo lo que se puede llamar las virtudes o la dimensión del ser, y convertirse en un señuelo, que es objeto del deseo humano (Lacan, Seminario La Transferencia 1960).

El erastés es el que es apresado por el amor, aquél que es alcanzado por Eros, éste, asistente de Dionisos, hijo de Afrodita, es dirigido por ella cuando tensa su arco y traspasa con sus flechas a quien por eso se vuelve erastés. El erastés entonces, no es amo de lo que le ocurre. Eros lleva las riendas, anulando en el erastés toda capacidad de comprender y de decidir. (Jean Allouch, 1998. El psicoanálisis, una erotología de pasaje).

El erómenos no tiene ninguna necesidad de un látigo, de pieles, cueros, cadenas y tachas, como nuestras modernas Wanda, para maltratar al erastés. Le basta con aparecer. Y no entregarse.

¿Cómo se entabla entonces esa desventura? Por un encuentro: en el gimnasio, o durante un banquete. Hay toda una fisiología de ese encuentro, en lo sucesivo bien estudiada, donde intervienen sobre todo la hermosa cabellera del adolescente, el carácter pasajero de su juventud, la belleza del erómenos, pero sobre todo su mirada, de donde emana en flujo que, según esa

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

fisiología, alcanza al erastés y lo pone en estado de insatisfacción (Jean Allouch, *ibid*).

Ahora bien, es importante aludir a otra figura que se pone en juego en la relación amorosa que es la figura de anterós.

Veamos que llega a suceder entre el amante y el amado:

De pronto el amado cae enamorado, pero no comprende de qué: y ni sabe lo que le ocurre ni puede explicarlo, sino que, como el que coge del otro una oftalmía, no puede alegar ninguna razón, y no se da cuenta de que, como en un espejo, se ve a sí mismo en su amante; siempre que aquél está presente, deja, como él, de sufrir; y cuando está ausente, del mismo modo también lo echa de menos y es echado de menos, teniendo así un contra amor que es la imagen del amor. El lo llama y lo cree no amor, sino amistad y desea, de un modo semejante que aquél, pero más débilmente, ver, tocar, besar al otro, y acostarse con él. Y ciertamente, es muy probable que, en esas condiciones, se siga pronto lo demás, porque, cuando están juntos, el caballo indisciplinado del amante tiene algo que decir al auriga, y considera que, a cambio de sus muchas fatigas, ha sacado poco provecho...(p.96) (Gloria Left. 1999. "Anterós...¿asunto de mujeres?", en Revista Litoral, vol. 28, Argentina, Edelp).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Si atendemos entonces al lazo erótico que se establece no sólo al realizar la función de analista, sino también al ejercer la función de acompañante terapéutico, lazo erótico que se despliega en la relación transferencial. Esta efectuación implica un saber hacer que la función de pasaje se cumpla, por ello hablamos de la experiencia analítica como una erotología de pasaje.

Señala Allouch:

“Para el analizante, el análisis no puede realizar su solución erótica. El análisis no podría ser, en principio ni en práctica (cualesquiera sean las “satisfacciones sustitutivas” que pueda traer), para el analizante, el lugar ni el medio por el cual éste accedería a la satisfacción erótica” (p.150).

“El analizante, la analizante, cuando él/ella encuentra esa satisfacción orgásmica, la encuentra en otra parte y con otro distinto de su analista. Vale decir, la erotología analítica es una erotología de pasaje. Es Eros puesto al servicio de Eros, pero eclipsándose cuando Eros entra en escena”.

Particularizando ahora sobre el trabajo del acompañante terapéutico, sabemos que se trata de una relación amistosa, no de una amistad como se consideró en sus inicios. Pero vaya problema con el que nos encontramos al realizar esta función. Pues no se es analista, no se es psicoterapeuta, no se es amigo, pero igualmente se establece una relación de amor y odio. Cómo transitar por esos encuentros cuerpo a cuerpo y durante varias horas en el día a día. El analista trabaja en

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

su consultorio, concluye la sesión y chao, hasta la próxima. El acompañante sabe que también llega a estar preocupado por lo que acontece con su acompañado. Han llegado a testimoniar algunas acompañantes como Patricia Anido y Sandra Sarbia, que al acompañante le toca encontrarse con la transferencia masiva, y viene bien la ocurrencia chistosa, de que el valor agregado de la transferencia le toca encararlo en continuas ocasiones al acompañante. Por ello entonces lo hasta aquí expuesto, me permite afirmar la necesidad de un continuo estudio de esta temática y sus vicisitudes de efectuación en cada caso. No sólo del acompañado al acompañante o del analizante al analista, sino también del acompañante y del analista hacia aquél con quien nos encontramos y nos suscita múltiples estados con su presencia y su actuar.

Cuando he llegado a insistir en la importancia de vivir la experiencia del análisis personal, es porque si bien me puede permitir decir qué quiero y qué no quiero. Sin embargo, el objeto de deseo es inaprensible, tendrá el carácter de algo que me empuja, pero de lo que no puedo dar cuenta. No podré decir cuál es la naturaleza del objeto de mi deseo.

Por ello es momento de puntuar, el psicoanálisis como una práctica de la incertidumbre que es susceptible de producir transformaciones (a partir de lo que se pueda, diríamos balbucear, en ese dispositivo de palabrería). No

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

hay certidumbre de nada, es una experiencia de la que cada quien podrá testimoniar.

El psicoanálisis es una experiencia donde su esfuerzo, es su realización.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLOUCH, J. (1998). El psicoanálisis una erotología de pasaje. Argentina: Litoral.
- LACAN, J. (1981). Seminario: Los escritos técnicos de Freud (1953-1954). Sesiones: 16 y 30 de junio y 7 de julio de 1954. Buenos Aires: Paidós. Existe versión inédita fotocopiada y en C.D.
- LACAN, J. (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Sesiones: 22 de enero de 1964 y 5 de febrero. Buenos Aires: Paidós. Existe versión inédita fotocopiada y en C. D.
- LACAN, J. (1960). Seminario: La transferencia. Sesión del 30 de noviembre. Versión inédita fotocopiada y en C.D.
- MACÍAS, M.A. (2006). Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico. Cap. 4. La presencia de Eros en la relación analítica y su implicación en el trabajo de acompañamiento terapéutico. México. Plaza y Valdés.



USOS Y VARIACIONES DEL “ENCUADRE” EN EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Gustavo Pablo Rossi

ROSSI, Gustavo Pablo. Usos y variaciones del “encuadre” en el acompañamiento terapéutico. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



PARA INTRODUCIR: UN
CUADRO DE SITUACION

En este artículo trabajaremos la noción de encuadre, que aparece recurrentemente a la hora de dar cuenta de las coordenadas de organización de un

Acompañamiento Terapéutico (AT¹) en su articulación con una estrategia de tratamiento, y genera interrogantes sobre esta función en los cursos y supervisiones sobre la tarea. Esto es: ¿cuál es el “encuadre” en un AT? ¿cómo conceptualizar este término en relación a sus particulares coordenadas de trabajo?. Suele plantearse que es imprescindible establecer un *marco o encuadre* que

¹ Las letras “AT” se utilizarán para referirnos a Acompañamiento Terapéutico, y la sigla “at” (con minúsculas) /acompañante o “ats” para acompañante terapéutico y acompañantes terapéuticos respectivamente.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

implique pautas para llevar adelante la actividad del Acompañante terapéutico (at), que delimite una tarea que tiene bordes tan difusos en la cotidianeidad, que oriente las intervenciones, etc. En principio se lo ha trabajado como un tema “técnico”, aunque el enfoque que se realice del mismo también nos habla de cuestiones conceptuales y éticas.

Ahora bien, a la hora de ampliar esta idea de “encuadre” en la práctica del acompañamiento terapéutico, cuando escuchamos presentaciones de casos sobre el trabajo del AT, nos vienen nociones conexas, aproximaciones con imágenes de la tarea, incluso “encuadres teóricos” para el tema que llevan a contradicciones e incomodidades propias de lo polémico del concepto de encuadre en el ámbito “psi”. Al hablar de los debates y controversias que genera este término, podemos ubicar los vaivenes del “encuadre” para el psicoanálisis especialmente. *Especial:* hablar de particularidades en cada encuadre, hay “especies”, hay infinitudes de encuadres posibles, según el caso y la orientación del analista, del psiquiatra, del equipo institucional.

Espacio y tiempo determinan un marco: es otra forma de pensarlo. Formalizaciones, ¿es eso?. ¿Con o sin lugar para la creación? Dicho de otro modo: qué lugar

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

para la artesanía, qué lugar para la poesía... ¿Tiene esto algo que ver con el encuadre en el AT?

El recorrido de hoy intentará abrir temas, algunos ya tratados en otros textos², aquí a la manera de apuntes, con sus interrogantes. Me gustaría que estuvieran más cercanos a la escritura poética que a la “científica”... Haré una puntuación desde algunos títulos, que remiten a ideas, conceptos, metáforas, que sirven para pensar esto que hemos llamado (¿provisoriamente?) el “encuadre” en el AT, retomando el carácter problemático de esta herramienta conceptual, así como el uso necesario que adquiere para abordar determinadas aristas de la tarea.

Si acompañar trae etimológicamente la significación del compartir, vamos a preguntar ¿qué se comparte en un acompañamiento terapéutico?, ¿en qué momento y lugar?, ¿están solamente el paciente y el acompañante -paradójicamente- en ese compartir? Otra forma de pensarlo sería: ¿en qué contexto? Y acá podríamos objetar esta pregunta diciendo que no hay “con-texto”: ese mismo compartir *construye texto*, hacia eso vamos, en tal caso diría que ese texto requiere de algunas coordenadas que lo posibiliten, que lo animen, que le permitan una escritura dentro de ciertos márgenes, aunque no siempre sea la escritura “convencional”, la del

² Rossi, G.; Acompañamiento terapéutico - Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Bs. As., Polemos, 2007 (segunda edición 2010).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

libro o la que aprendimos en las carpetas de la escuela. Hay texto; que a veces tiene rasgos de “amorfo” o apresurado, que será legible en tanto nos ubiquemos en el lugar de un otro que lee, aunque no se escriba sobre los renglones de algún cuaderno de tareas. El texto en el AT implica ese otro cercano, no cualquiera. Aquel facilitador desde las figuras del *semejante*.

Dejo abiertos varios pares antitéticos que se anudan a problemáticas implícitas en el tema del encuadre en el acompañamiento, que enumero para *entrar en clima*: afuera y adentro; lo lejano y lo cercano; lo propio y lo ajeno; espacio íntimo y espacio público³. Ajustando e interrogando estos términos podrán desplegarse cuestiones que nos hablan de las situaciones terapéuticas implicadas en el AT. Situaciones que tendrán coordenadas singulares, aunque pueden tener una pluralidad de elementos, sin por eso ser “universales”, estandarizables.

Y en esta exploración, aunque parezca que nos vamos..., iremos hacia breves consideraciones sobre lo que llamaría “encuadres” del encuadre: el trabajo en equipo, por un lado, y el marco legal por otro, como

³ Sugiero una ampliación del tema para aquellos que en la práctica utilizan el recurso de la lectura en el AT, por su utilidad en esa articulación íntimo-público, a partir del libro: Petit, M., *Lecturas: del espacio íntimo al espacio público*, Ed. FCE, México, 2008.

regulación tanto para la formación en AT como para el ejercicio de la práctica.

EL AT ES UN DISPOSITIVO: ¿Y QUÉ IMPLICA ESTO?

Con la noción de *dispositivo*, que hemos acercado en textos anteriores y que se propone en diversos artículos sobre AT⁴, viene agregándose desde hace años esta idea que remite a otros campos semánticos y enriquece cierta interlocución para permitir una *dimensión* a mi gusto *descriptiva* del AT, ya que alude a su lugar en el marco de un conjunto de fuerzas heterogéneas, aunque aporta escasamente a la hora de dar precisiones teórico-clínicas para la especificidad del campo del acompañamiento terapéutico.

Ahora bien: ¿qué quiere decir que el AT es un dispositivo? ¿Aclara u oscurece?. ¿Cuál es su relación con el encuadre? ¿El dispositivo es el encuadre, o requiere de ese marco para constituirse y funcionar?. Hay muchas cosas que *hacen dispositivo*. Hay multiplicidad de maneras de pensar el concepto de dispositivo, desde la filosofía, desde la física, desde el uso en los objetos tecnológicos. En el psicoanálisis, Lacan utilizó el término dispositivo en aquella vertiente *descriptiva*; lo asocia a la metáfora, de la cual dice que es un “dispositivo para

⁴ Cf. “Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico”, Manson, F., Rossi, G. y otros, Bs. As., Ed. Polemos, 2002

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

pensar”.⁵ Habla además del “dispositivo topológico”, y del “dispositivo del escrito matemático”.

Michel Foucault habla de “dispositivo” en numerosos puntos de su obra, y en algún texto G. Deleuze elabora ideas del filósofo francés precisamente a partir de preguntarse qué es un dispositivo⁶. Pregunta que alude a la inexistencia de una definición congruente en su recorrido. Es que la noción utilizada por Foucault también toma direcciones disímiles a lo largo de su obra, por ejemplo se refiere al “dispositivo de sexualidad”, tanto como a los “dispositivos disciplinarios” en su contraposición con los “dispositivos de soberanía”. Según Deleuze, hasta considera el “dispositivo de la ciudad ateniense” como lugar de subjetivación. En sus dimensiones que aluden a prácticas, a enunciados, a mecanismos concretos, los dispositivos remiten a disposición de fuerzas, a líneas que “no abarcan ni rodean sistemas” homogéneos, sino que forman procesos en desequilibrio, en tensión. Como verán, lo difuso del término en este contexto de ideas permite una

⁵ Por ejemplo en el Seminario 1, “Los escritos técnicos de Freud”, para referirse al esquema de los espejos, o a la experiencia del ramillete invertido. Por su parte, Freud escribe sobre el cerebro también como un dispositivo, y se refiere varias veces a los *dispositivos eléctricos*, como hoy se habla de dispositivos de procesamiento en computación, o dispositivos de entrada y de salida de datos.

⁶ Un artículo conocido y recomendable para introducirse en el tema: Deleuze, G.; Qué es un dispositivo. En: AAVV, Michel Foucault, filósofo. Ed Gedisa, Barcelona, 1995.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

aproximación al AT en una perspectiva que podría mostrarnos sus rasgos más inespecíficos, incluso llevarlo a un lugar *nebuloso* entre las prácticas terapéuticas.

Buscamos entonces dos definiciones de dispositivo⁷, que llegan también por aproximación al tema: “Mecanismo o artificio dispuesto para producir una acción prevista. Organización para acometer una acción”. Pueden extraerse para utilizar un apoyo figurado que se aplique al acompañamiento. Sin embargo, se ubican muchas cosas en común entre el AT y otros dispositivos. También conceptuamos al AT incluido como parte de un dispositivo de tratamiento, de un *dispositivo más amplio*. Como hemos dicho, se trata de una *práctica entre varios*, pero a su vez hay muchos recursos terapéuticos ubicables en tanto práctica entre varios: se alude con esto a la inserción de una persona con padecimiento psíquico en una labor artística, o la ampliación de propuestas terapéuticas en la interacción con animales, o recursos con el agua⁸, o en una serie de actividades en un trabajo multidisciplinario que implica intervenciones diversificadas, con recursos heterogéneos, que llevan al sujeto a expresarse de distintas maneras en momentos y espacios particulares (el Centro 388 en Canadá, para el

⁷ Según la Real Academia Española, vigesima segunda edición (<http://www.rae.es>).

⁸ Errecondo, M.; La eficacia de una terapéutica. Práctica entre varios (<http://www.eol.org.ar>).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

tratamiento de las psicosis, es un ejemplo de una forma de pensar estas actividades⁹).

Sigamos, para dar un enfoque que llegue a *encuadrar en el AT*.

LA REINVENCION DEL ENCUADRE, DESPUES DEL PSICOANALISIS

Como ha sido dicho, en Freud no aparece como tal el concepto de encuadre. Con todas las letras: nunca habló de “encuadre”. Pero entonces, ¿quién lo inventó?. No sabemos, ni hace a este texto investigarlo. Sin embargo, hay psicoanalistas que ponderan la importancia del mismo para las sesiones analíticas, en especial existen numerosos textos sobre el tema desde los adherentes a la Asociación Psicoanalítica Internacional (conocida como IPA por sus siglas en inglés), que presentan variaciones y discrepancias entre sí. Se reitera en esa perspectiva la alusión al “método clásico freudiano”, dando por supuesto que es una noción que existiría “desde siempre”. El pormenorizado artículo de E. Usobiaga¹⁰ hace un recorrido en relación al concepto de encuadre en distintos ensayos del psicoanálisis, mencionando dos autores argentinos que tienen

⁹ Cf. Apollón, W., y otros, *Tratar la psicosis*, Bs. As., Ed. Polemos, 1997.

¹⁰ Usobiaga, E.; El encuadre y el psicoanálisis. Rev. Norte de Salud Mental, Nro 23, 2005. Pag. 47-52. Hago un recorte muy sintético a los fines de esta presentación.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

conocidos estudios sobre el tema. Horacio Etchegoyen¹¹ (quien fuera presidente de la IPA) afirma que “*el encuadre supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar.*” José Bleger habla del encuadre como “un ‘no proceso’ en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso.”¹² Es atractiva la referencia a que dentro del encuadre incluye “el papel del analista”, además de las otras variables. Esto lleva a algunas preguntas, para nuestro tema, en cuanto a cómo incluir el “papel del At” dentro del encuadre, y cómo incluir también el papel del terapeuta y/o el equipo que indica el acompañamiento. También rescato una referencia a A. Green (1952), quien entiende que el encuadre representa ese “*elemento tercero que irrumpe en la relación dual*”¹³.

Freud, en *Sobre la iniciación del tratamiento*¹⁴, habla de ciertas “reglas”, de una forma singular, a partir de hacer una comparación con la apertura y cierre del juego de ajedrez: “Pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y

¹¹ Etchegoyen, H.; Los fundamentos de la técnica analítica. Buenos Aires, Bs. As., Ed. Amorrortu, 1997.

¹² Bleger, J.; Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. Texto clásico que aparece en varias Revistas de Psicoanálisis. Citado en Usobiaga (2005).

¹³ Usobiaga (2005), pag. 49.

¹⁴ Freud, S. (1913); Sobre la iniciación del tratamiento.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

exhaustiva” (...) A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico”. Pero ahí mismo advierte que se trata de “consejos” (en la línea de sus “Consejos al médico...”) y no que pretenda hacerlas “incondicionalmente obligatorias”.

Por su parte, en Ricardo Avenburg¹⁵ apreciamos la idea del encuadre como un “conjunto de estipulaciones, explícitas o implícitas”, tendientes a que haya “un mínimo de interferencias a las actividades que se desarrollan entre paciente y analista”. Afirma que este término enfatiza dos rasgos: determinar los límites de algo, y el carácter de constante. Así, tiene que ver con “la forma en que se da a un determinado contenido, que es el proceso”. Y problematiza la cuestión en forma pertinente, cuando se pregunta: “si el contenido es cambiante ¿puede la forma ser constante?”¹⁶. Escribe luego que “armamos el encuadre en función de las necesidades, ante todo subjetivas, del paciente y del objetivo o los objetivos que nos propongamos”, y utiliza la idea de un escenario (‘setting’), que ha de ser “el adecuado”. A la “obra que representa”, escribe, con una imagen que llevaría a muchos sentidos, aunque también habla del

¹⁵ Avenburg, R.; Sobre el encuadre en psicoanálisis. En: Psicoanálisis APdeBA – Vol. XXVI, Nro. 1, 2004.

¹⁶ Casi fastidiado con los caminos que abre su exploración, más adelante afirma directamente “no me gusta la palabra encuadre”.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

tratamiento y los “objetivos” a cumplir. Se acerca a las situaciones que encontramos en los Acompañamientos, cuando afirma que si el trabajo analítico no se mantiene “bajo un mínimo de tensiones (no por debajo de ese mínimo, como puede darse en ciertas melancolías, esquizofrenias o en ciertos caracteres abúlicos)”, habrá que “recurrir a otros medios” además de las sesiones psicoanalíticas, “como la medicación o la internación y, en algunos casos, por ejemplo si no se logra el ritmo mínimo de sesiones que haga posible el tratamiento”, propone interrumpirlo. “Es en estos casos de *pérdida de marco* donde el término encuadre adquiere sentido”. Son esos casos, como veremos a continuación, aquellos que nos llevan a *reinventar* la noción de “encuadre” en nuestro intento de dar cuenta de la organización y sistematización de la función del AT.

Por otra parte, para no extendernos en este punto, destaco que en el psicoanálisis de orientación lacaniana, a partir de esa especie de “hipervaloración” del encuadre que hicieron los analistas *posfreudianos*, aparece una tendencia a impugnar la utilización de dicha noción o a desentenderse de todo uso posible, al menos en estos términos.

El problema fue que del “consejo” planteado por Freud se pasó a la receta para fijar elementos “constantes”, con resultados burocráticos, bajo la premisa

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de “que no pase nada imprevisto”, aunque esto lleve a “una concepción de la cura en la que se anula la dimensión de sorpresa, tan presente en los relatos de los analizantes de Freud¹⁷” como de Lacan. Y la burocratización, así como aburre, anula la sorpresa. Además de la poesía.

ENCUADRE PARA TODOS Y/O ENCUADRE PARA UNO

Pero volvamos a algunas otras definiciones. Qué mejor que el diccionario; resulta divertido para empezar, después la cosa se complica.... Encuadre: acción y efecto de encuadrar. Encuadrar: 1. Encerrar en un marco o cuadro. 2. Encajar, ajustar algo dentro de otra cosa. 3. Determinar los límites de algo, incluyéndolo en un esquema u organización. 4. Distribuir a las personas conforme a un esquema de organización determinado, para que participen en una actividad política, militar, sindical, etc.^{18 19}

¿Cómo lo pensamos en el AT? Darle un marco que lo haga posible. De eso se trata en la inclusión del AT. En un tratamiento. En un dispositivo ambulatorio. En una institución.

¹⁷ Usobiaga (2005), pag. 52.

¹⁸ Real Academia Española, vigésima segunda edición (<http://www.rae.es>).

¹⁹ Nota de las notas al pie: con el ítem 4 estamos más cerca de las ideas que desarrollamos en el libro de 2007, sobre Táctica, estrategia y política en relación al AT, en su articulación con una orientación psicoanalítica.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Planteamos pensar un marco para un dispositivo, retomando la noción anterior. Aunque no es el “encajar, ajustar algo dentro de otra cosa”. En nuestro campo, ese dispositivo se vincula a su vez a una estrategia terapéutica, que le da otro marco, ajusta lo singular de la función. Podemos entonces ubicar que es un dispositivo en tanto se articula a otro/s dispositivo/s. Con o sin la institución. Esto lleva también a la idea de determinar límites, al incluir al AT en un tipo de “esquema u organización”. Como en un equipo, hay también algo de ese “distribuir a las personas conforme a un esquema de organización determinado”: turnos, lugares, horarios, son parte de la rutina de planificación en la tarea del equipo de ats.

La complejidad de las variables de tiempo y espacio definen al AT, así como oscila su indicación entre la urgencia y la intervención frente a la cronificación o el aislamiento.

Aunque hablemos de un dispositivo artesanal, “hecho a medida” en tanto su función se define caso por caso, resulta necesario establecer coordenadas que tengan algún grado de estabilidad, y que sostengan una coherencia. Singular y ajustado a cada tiempo de un sujeto y de un tratamiento, veíamos que el encuadre remite a las constantes dentro de las cuales se da un

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“proceso” terapéutico, por más cambiante, oscilante, lábil, y en cotejo con la urgencia que pueda plantearse.

Eso llamado *marco*, ese encuadre, implica también alguna legalidad. Un encuadre, rescatando el aporte de A. Green, representa ese “*elemento tercero* que irrumpe en la relación dual”. Algo del orden de una ley, que atraviesa al paciente, a la familia, a los ats, y a los terapeutas o equipos institucionales. Podríamos forzar esta idea diciendo que es una ley con efectos al “interior” de la práctica terapéutica, o mejor dicho que resguarda un “interior” para *dar lugar* a la relación transferencial, con una dimensión de inscripción “externa” a esa práctica terapéutica. Se relativiza igualmente lo de interior y exterior, y la alusión al “marco o cuadro” nos habla también de un circuito que hace borde. ¿Étimo? ¿Espacio transicional?. Lo retomaremos, después de otros trayectos.

UN ARTIFICIO, UNA MAQUINARIA, UNA DISPOSICION LIGADA AL DESEO

Si vuelvo a la idea de dispositivo, es interesante reivindicar el valor de “artificio” que tiene esa noción, que además del sentido de construcción “ad hoc” cabe asociar a la idea freudiana del amor de transferencia en su dimensión de “artificial”; a la manera de un montaje que sin embargo presenta su carácter de ser tan “verdadero”,

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

tan “genuino” como el amor que encontramos fuera del dispositivo de análisis.

En una orientación que intenta -en tanto resulte viable- mantener para el sufriente esa especie de “ecología” que caracterizaba su vida cotidiana, con el AT *disponemos* de una especie de “artificio”, no ajeno de afecto (en el vértice opuesto a la maquinaria, a un sistema burocrático o cristalizado), que ayuda a sostener y organizar esa cotidianeidad, a no abandonar sus lazos sociales habituales, sus lugares de pertenencia, sus rutinas, los semblantes que le permitían circular en su espacio social.

Acá el lugar para este artificio no es el consultorio, aunque puede serlo temporariamente la institución psiquiátrica cuando acepta la presencia de este recurso “exterior”. Es que cuando se indica acompañamiento terapéutico en un paciente internado, se trata de proyectar algún punto de *salida*. Aunque sea del ensimismamiento. También se plantea para acompañar el proceso de externación, ya desde adentro.

Dando un paso más, dispositivo remite por su parte a la disposición, a disponerse, que tiene en el AT la particularidad de una trazado extendido, desplegado, en un espacio y tiempo preciso, como también de “estar disponible”, de “hacer una oferta”, aunque sea desde el silencio de una presencia.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Por su parte, la idea de un dispositivo móvil resulta valiosa si permite salir de la dualidad interior-exterior, no siempre estar *afuera* implica *salir* del ensimismamiento, no cualquier exterior logra sacar a un sujeto del *autoerotismo*, de la certeza autorreferencial que lo aísla, como en la psicosis. En este sentido, hemos visto en nuestra experiencia que estando “adentro” puede crearse un espacio para salir, un pasaje del estar ensimismado hacia incluir un otro. De un dos a un tres. Mediante este “dispositivo”, que es decir mediante esta presencia, puede lograrse ese puente²⁰ que vaya del uno al dos, y de allí al tres y a la continuidad de la serie significativa. Pero esto no es sin la presencia de ese semejante en que se constituye el At (cuando algo se logra). Ahí se compara el espacio de acompañamiento con ese espacio transicional del que habló Winnicott. En la polaridad interior-exterior, arriesgamos la hipótesis del AT como favorecedor de ese pasaje a la “extimidad”, la cual se plantea como una “exterioridad íntima”²¹.

EL ENCUADRE COMO INSTALACION: UNA SOGA PARA EL MELCHOR ROMERO

Viene a colación una viñeta de un AT realizado en la ciudad de La Plata (Buenos Aires), de un paciente

²⁰ O esa especie de banda de moebius, para remitir a otra referencia lacaniana.

²¹ Lacan, J.; Seminario 7, “La ética del psicoanálisis”.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

internado en el Hospital “Alejandro Korn” (Melchor Romero, monovalente psiquiátrico)²². Un paciente de 65 años, al que llaman “A” para esta presentación, con un diagnóstico de “Esquizofrenia Residual”, que presenta signos de deterioro cognitivo, aspecto de abandono y apatía, contestando (según dicen a las consignas en entrevistas, habitualmente) con monosílabos y en forma muy pausada en tono bajo, casi imperceptible. Se ha intentado integrarlo al grupo de teatro, que funciona cerca de la sala donde se aloja, sin resultado, y también se lo estimula a que participe en una sala de recreación denominada Club Social, a la que no concurre porque aduce que le molesta el ruido que hacen los demás internos. De su historia clínica surge que lleva 25 años institucionalizado, sin salir. Recibió visitas esporádicas de un hermano, en un principio de la internación, que fueron espaciándose hasta no concurrir más. Según comentan en esta presentación, se solicita ambiguamente acompañante terapéutico para el “refuerzo de sus Actividades de la Vida Diaria, y para actividades de esparcimiento”, digamos que con el horizonte puesto en la suposición de inscribir algún lazo social. El primer día “el paciente se mostraba reticente y muy desganado (tal como lo describía el informe de la Asistente Social) a cada

²² Presentado por Magalí Del Bueno y Vladimiro Chiattonne en las Terceras Jornadas de la Práctica Profesional “Fundamentos clínicos del AT, Cátedra I”, de la Facultad de Psicología UBA, abril de 2011.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

propuesta del acompañante terapéutico le seguía, sistemáticamente, una negativa, lo único que hacían era caminar por el predio, pero sin alejarse demasiado de la Sala, formando círculos; en los sucesivos encuentros era imposible sentarse a charlar o solamente intentar detenerse, fue así que en una de las supervisiones se planteó la idea de generar un lugar propio dentro del hospital, un lugar que no sea común a todos los demás internos, que pertenezca al acompañante terapéutico y al paciente”. En este punto, el acompañante formula la propuesta “de llevar una soga larga y con ella formar un círculo y permanecer dentro de él como si este fuese solo su espacio en común”. Pasaron muchas *pruebas...* “el acompañante terapéutico iba y se sentaba dentro del círculo mientras que el paciente, sin alejarse demasiado caminaba y observaba, hasta que un día se quitó los zapatos y pidió permiso para entrar, esperó a que le sea concedido y entró, se sentó al lado del acompañante terapéutico y dijo *me saco los zapatos acá adentro para no ensuciar*. A partir de aquel día, el acompañante terapéutico y el paciente pasaban bastante tiempo en el círculo, llevaban galletitas y compartían con otros pacientes que a su vez debían pedir permiso para entrar. Cada vez que el At llega, A le pregunta ¿trajiste la casita?”. Detengamos este movimiento: de un at que se sentaba en un círculo formado por la soga (*gesto de*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

locura, podría decirse), se llega a *instalar un lugar* que lleva al paciente a *pedir permiso* para entrar, sacarse los zapatos, compartir con uno. Del uno, del at, pasará al tiempo a interactuar con otros. Es muy importante, muy revelador de una construcción que no es sin algún deseo particularizado del at.

Hipótesis: esto que llamamos encuadre tiene también el valor de “instalación”²³. Acá con una función que traza coordenadas, establece un lugar que a su vez habilita redes significantes, circuitos libidinales.

Tomando esta idea de las vanguardias estéticas, postulando el análisis en términos de “instalación”, C. Mazza afirma que la *instalación* “opera con materiales frágiles”, y “es precaria por definición puesto que no pretende restituir ninguna ficción narrativa sino que *siempre se está haciendo*: se tratará de una ex-posición permanente”²⁴. Extrapolamos estas ideas para nuestro tema, y continuamos rescatando que en la instalación “se trata del movimiento entre tradición e innovación”. Mientras que rescatamos para algunos AT, en su estrategia, la idea de sostener la *rutina del lazo social*,

²³ Me resultó productivo acá el diálogo en un trabajo compartido con E. Vaschetto, en su sugerencia a considerar la idea de “instalación” como otro recurso para pensar la situación del AT (inspirado a su vez en una presentación de C. Mazza -nada es original!-), cuestión que tiene aristas sumamente interesantes para continuar en otros estudios.

²⁴ Mazza, C.; *Los pioneros y la serie (a propósito de la historia del psicoanálisis lacaniano en Córdoba)*, inédito.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“esa que asigna incesantemente significado”, consideremos que la innovación también permite *construir serie*.

Vuelvo a la viñeta clínica. Luego de un tiempo, en el equipo deciden que “era hora de intentar salir con el paciente fuera de la institución, por lo que debía ‘olvidarse’ la casa al menos un día, y así fue, cuando el at le comenta a A que había olvidado la casita éste queda bastante desorientado y le dice ‘las casas no se olvidan...se dejan’” (impresionante enseñanza). Y surge la pregunta “¿que podemos hacer?”. Cuando el at le propone salir a comer un sándwich “a la esquina, al principio A acepta con agrado pero luego a medida que el portón de salida se acercaba comenzaron a surgir las excusas, y el pánico se apodero de A. Le dije que si prefería podíamos ir al Club Social, una zona al que habían intentado varias veces llevarlo sin ningún resultado. Aceptó de buena manera y a medida que nos alejábamos del portón su semblante cambiaba”. Con marchas y contramarchas, siguieron desde ahí trabajando la cuestión de la salida, “y poco a poco se acercan más al portón”. Cuando “el temor reaparece”, puede volver al dispositivo inventado entre ambos, donde el nuevo propietario “invita a sus compañeros a tomar el té en su ‘casita’”.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Se trata de una invención con todas las características de singularidad, un *marco* hecho a medida, que se sostiene como regularidad dejando una marca, aunque no deja de ser móvil y flexible. Tan flexible como el dibujo de una sogá. Una sogá que requirió del at para hacerse “casa”, para construir un lazo que a la vez libera, en tanto permite salir del ensimismamiento (de la figura aislada). Para llegar a hacerse “casita”, ahí donde el propietario ya “invita” a otros, que se adapten a “sus reglas”. Un espacio protegido, transicional, que se instala a partir de un vínculo -en otros términos, en transferencia, dando una base firme en su dimensión de “afecto”-, con ese at inventor de una especie de encuadre en el encuadre, un dispositivo en el dispositivo institucional. Una sogá cuyo dibujo se torna instalación (precaria, hecha con materiales frágiles, con innovaciones que hacen serie), que en este caso precisa de ese lazo “protegido” respecto a las amenazas, tan internas como externas, de la locura.

ENCUADRAR LAS CATASTROFES: LO DISRUPTIVO EN EL AT

Otra variación para el tema del encuadre en el AT se articula a las siguientes preguntas: ¿Cómo pensar esto que connota el *encuadre* en una situación tan especial, con numerosas variables, en contextos físicos, escenarios

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

y personas que cambian el entorno? ¿Cómo encuadrar elementos tan distintos y cambiantes?

El libro “*Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*”, de M. Benyakar,²⁵ fue para mí hace años otra forma de desplegar el tema en el AT²⁶, extendiendo la afinidad hacia las situaciones de *catástrofes subjetivas*, singulares, donde la angustia desmorona... En el momento de la crisis, se trate de una locura diagnosticada o no como psicosis, en el impulso que lleva al intento de suicidio, a la agresión desmedida, al consumo de sustancias hasta el derrumbe. Cómo no hablar de *catástrofe*. Y nos referimos al efecto que esto tiene no solamente en términos de un sujeto, sino también en el *entorno familiar*...

El encuadre, dice Benyakar respecto de su experiencia en guerras y catástrofes, “consistió sobre todo en el tipo de relación particular” que establecieron los terapeutas con los damnificados. Para Benyakar el encuadre debe ser *estable y coherente*, pero en especial tiene que “ser flexible y servir de ‘espacio transicional’ en el sentido psicológico, personal e interpersonal²⁷.” Debe conjugarse entonces una elasticidad del encuadre con

²⁵ Benyakar, M.; *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas*. Bs. As., Ed. Biblos, 2003.

²⁶ Este punto y el siguiente son extraídos del mencionado libro: Rossi, G., 2007, con modificaciones atinentes a este escrito.

²⁷ Benyakar, M.; 2003. p.196.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

ciertas condiciones de estabilidad y continuidad requeridas, y de ahí su complejidad. Traigo al respecto el caso de B., con quien estaba la at en el momento de una crisis que tuvo lugar en un extenso parque de Buenos Aires. Frente a esto, la indicación de ir a un espacio físico acotado permitió algún grado de contención más estable y de contornos más precisos que un *insondable* parque de varias hectáreas perdido en la inmensa urbe. Se buscó ubicar un *punto de referencia*, el cual no era además *sin la acompañante*. La catástrofe en B. estaba desencadenándose efectivamente, pudiendo luego decir que en ese momento sintió que “*tenía que correr*”.

Benyacar escribe que en sus intervenciones en desastres sociales toda actividad “era usada como ocasión para proveer contención. Los encuentros no eran tomados como sesiones de psicoterapia, ni conducidos de acuerdo a las prácticas terapéuticas habituales”.

Y esto nos deja enseñanzas para determinadas situaciones del AT. Por un lado, para las intervenciones en momentos de crisis de un paciente. Por otra parte, es sumamente útil la noción de una *actividad entendida como contención*. Una “actividad-encuadre”, esto es: que es inherente a un encuadre. Porque en algunas circunstancias en el AT, hay situaciones donde la *actividad misma* es parte de una estrategia tendiente a la

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

contención, y hace a esto que llamamos un marco, un esquema que otorgue alguna estabilidad.

Y afirma algo más: “para que un lugar cualquiera se convierta en elemento del encuadre, por ejemplo, la piedra o el árbol en la guerra de Yom Kippur con los que construíamos la intimidad necesaria para desplegar la labor terapéutica, es necesario asimismo que el profesional encuentre el tiempo y la disposición mental necesaria para atender en situaciones tan precarias...”

Si vamos en la dirección de construir esa *intimidad necesaria*, el at tiene que contar con *tiempo y disposición*. Esto es, una determinada *disposición*, o una particular *instalación* se piensa como encuadre en tanto considera al At y ese deseo no-anónimo para su configuración.

Esta implicada acá la transferencia, el papel del at (como se decía el *papel del analista*) en el encuadre. Papel del at que se construye con esa articulación con otros *papeles* del equipo, con otros lugares transferenciales, desde quien lo indica.

A propósito de cómo plantear algo de la organización, la delimitación, la construcción de un espacio de tratamiento, cabe recortar que “...*una de las maneras de plantear la cuestión, en lo relativo a la organización de la transferencia, es preguntarse como domesticar la transferencia salvaje, cómo hacer entrar al*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

*elefante salvaje en el cercado, cómo poner a dar vueltas al caballo en el picadero.*²⁸

Cómo domesticar, cómo hacer entrar, como poner en un círculo: de eso estábamos hablando cuando decíamos *encuadre*. Podría abrir otras vías para explorarlo desde la lectura freudiana que se articula a la transferencia y a la contratransferencia (litigioso concepto, casi nunca bien ponderado...)²⁹.

DE LA CAMA AL LIVING, DEL DIVAN A LA CALLE

Consigno ahora algunas coordenadas *concretas* en la *práctica del AT*. Primero: aquello que ubicamos como *encuadre* no es entonces necesariamente el *lugar físico*, pese a que en otros momentos se lo confundió (la sesión psicoanalítica hacía metonimia con el consultorio, el horario, la duración de la sesión, hasta con la vestimenta del analista..., que “debía” ser algo fijo). Hay casos donde el encuadre no será tampoco algo predeterminado de entrada desde la variable temporal, de duración del tiempo de AT. Sin embargo, en cuanto a la variable temporal al incluir un AT, sostengo que *determinar un horario de comienzo y fin de cada día del acompañamiento*, en la mayoría de los casos, especifica un contorno fijo que en muchas ocasiones es

²⁸ Lacan, J.; Seminario 10, “La angustia”.

²⁹ Por su complejidad y para no excedernos en la temática del artículo, quedará para otro trabajo.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

imprescindible para transitar ese “proceso” del que hablamos.

Sea de una manera u otra, establecer un encuadre como *sistema de reglas* implica sobre todo que haya condiciones para que el at pueda tener *ese tiempo y espacio necesario*, que le permita contar con la disposición (mental...) *acorde a la situación*. Volvemos acá a hablar de *instalación*, de la transferencia.

Freud, cuando se refiere a la *iniciación del tratamiento*, afirma algo aplicable a esto: “no hay más que dejarle tiempo”, y demostrarle un “serio” y “cariñoso interés y simpatía”, así como no “mostramos rígidamente moralizantes”. Es en tal sentido una *disposición inicial básica*, para generar algo de esa confianza (empatía suele decirse) en el otro, imprescindible, que encamine a instalar algo de la transferencia “positiva”. Sin embargo, en los AT encontramos la conflictiva de la ausencia o el exceso en la demanda, y un dispositivo que se instalará en condiciones de crisis, o de aplastamiento subjetivo, y a partir de la insuficiencia, los obstáculos o el fracaso de los proyectos terapéuticos “standard”.

En los inicios de un AT, se tratará de establecer esto que formalmente se habilita como “contrato”, que conformará un *marco simbólico, un ordenador* para la relación que se empieza a establecer. Este marco dará

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

las referencias para la situación de AT, desde distintas aristas: at-paciente, at-familia, at-equipo profesional.

Es necesario establecer en el comienzo un conjunto de reglas, que serán explicitadas en la/las consigna/s del caso, que ya desde sus objetivos va trazando líneas que organizan un “conjunto” propuesto como *facilitador* del trabajo. Los Horarios del acompañamiento, los honorarios, las actividades y el lugar donde se realiza el AT, son los *elementos básicos* a considerar en ese conjunto, que requiere de objetivos, de funciones a determinar en el caso por caso. Implica una *regulación*, como también una *regularidad*.

Esto incluye, por ejemplo: tiempo de duración del espacio diario de cada AT, tipos de salidas, lo “autorizado” desde el terapeuta a cargo, objetivos iniciales, etc.³⁰

En los casos en que es pertinente, también se intenta que el paciente participe en el establecimiento de algunas coordenadas, y paulatinamente en sus variaciones en el trayecto terapéutico en relación a las

³⁰ A su vez, debe quedar claro en principio para cada at -pero a veces también para la familia-, aquellos procedimientos que puedan pautarse de antemano frente a eventuales situaciones de urgencias, y ante cuestiones que sean evaluadas como de riesgo: algunas protocolo básico acerca de cómo manejarse con ese paciente -lo cual puede establecerse entre el equipo de at y el terapeuta, que es quien lo conoce-. A quien llamar, cuales son las condiciones para acceder y ser atendido en el sistema de salud al cual pertenece, etc. Otro ejemplo: conocer cuál es el Nro. de afiliado del paciente en la obra social, puede acelerar (o en su defecto atrasar) burocráticamente una gestión que ante la urgencia requiere de la menor pérdida de minutos y segundos posible.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“mejorías” en el paciente y/o cambios en su relación al entorno. Esto ha dado buenos resultados en las experiencias en que pudo plasmarse, tomando el paciente una posición más “activa”, que allana la tarea y vuelve en forma sobre el vínculo con el at.

En términos generales, subrayo: el encuadre se compone de elementos que deben ser constantes, contemplando a su vez las *variaciones* que puedan darse con el transcurso del tiempo, es decir, debe tener una vertiente variable, por las modificaciones que se harán de acuerdo al devenir que vaya teniendo el tratamiento. Siempre tratamos de dar lugar a lo que “*no cuadra*”, a aquello *nuevo*, que surge por el lado de la “invención” en esas intersecciones y encuentros entre terapeuta-at-paciente-familia.

Hablaba de ese “encuentro” con lo singular de cada situación de AT, con algo del orden de un “acontecimiento” que llega a *sorprendernos* positivamente si es que tenemos la disposición para ello, y para permitir que se faciliten cambios necesarios en el desarrollo de un tratamiento, y de un AT.

Si se trata de un conjunto articulado a otro conjunto, en un principio el terapeuta, a veces en interlocución con el coordinador del Equipo de AT, va/n a determinar la modalidad (donde se realiza, si hay salidas

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

o no, etc.) y la cantidad de horas de acompañamiento para el caso.³¹

Entonces habrá que construir ese “contrato” que puede ser realizado por el at, el coordinador, el terapeuta o la institución, o varios de ellos en conjunto, con la familia y/o con el paciente. Es conveniente especificar los *elementos básicos* inicialmente, considerando la variabilidad y labilidad que puede tener en relación a cada caso, explicitando que luego se cambiara y se deberán “restablecer” otras pautas.

El coordinador del equipo va a articular la producción que implica este proceso que se inicia, la particularidad del lazo con cada at, la información que va trayendo el at desde su estilo y el lugar que ocupa en el caso. En una dimensión donde podemos hacer algún paralelo con la llamada “transferencia de trabajo”, se promueve la elaboración e interrogación de esa producción en equipo, desde la escritura, las supervisiones y las reuniones de trabajo que sean pertinentes para la orientación del caso. Se trataría también así de la “transmisión del deseo de saber”, con el

³¹ De ser necesario, el terapeuta puede consultar al at o al coordinador de un equipo de AT acerca de las cuestiones de instrumentación más pertinente para el caso, desde la perspectiva del AT. En un equipo de AT, desde la coordinación se van a determinar esas precisiones, a partir de entrevistas previas con los familiares, para ajustar detalles respecto del dispositivo que requiere el paciente, funciones, horarios matutinos o vespertinos, rotación y duración de turnos de cada at, etc.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

trabajo (entre varios) que esto implica, que “se dirige al no saber”³², que apunta a un saber *a construir*.

EQUIPOS, INSTITUCIONES, POLITICAS: ENCUADRES DEL ENCUADRE

Considerando este último aspecto del trabajo en el AT, quisiera traer brevemente aquello que es del orden de las regulaciones, de los “encuadres” del encuadre, para la práctica del at como para la práctica entre varios. Cómo ubicar todo esto para quienes se están formando como acompañantes terapéuticos, o que trabajan en este campo. Aunque entiendo que muchos acompañantes no orientan su tarea en relación al psicoanálisis, suelo apelar a la tríada freudiana cuando me consultan por los fundamentos para sostener el trabajo del AT, por el qué “autoriza” al acompañante terapéutico en su tarea: formación, supervisión, análisis personal (en tanto ese espacio de “trabajo” sobre el propio padecer, sobre la complejidad del propio síntoma o la propia “locura”, aunque está claro que esto no puede plantearse como un imperativo, como obligación...).

En este punto, quiero valorizar la necesidad del trabajo en relación a un equipo, la coordinación y supervisión del AT, que le da al at la posibilidad de abordar sus obstáculos e impases, y una orientación para

³² Garcia Orcero, J; La transferencia de trabajo, Granada, 2001.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

delimitar sus tácticas y sus estrategias. A partir de la capacidad para el trabajo en equipo, es que se sostiene una *práctica entre varios* en donde se dé lugar a las diferencias, para lo cual también es fundamental poder ubicar una dimensión del “encuadre” como esa regulación que será un “para todos”, con criterios compartidos pero sin perder las singularidades.

Además, se requiere (no solamente para el AT) de ese *encuadre* más abarcativo, en tanto *normativa social*, como aquellos instrumentos que regulan socialmente las disciplinas y prácticas en Salud Mental. Específicamente para el at, se viene reclamando un marco legal, que establezca desde la instancia estatal cómo se regula su práctica, bajo qué leyes³³, cuál es su incumbencia, su competencia y su responsabilidad en el ejercicio de la tarea. Que permitirá otra regulación establecida entre el practicante y los otros.

Es que para inscribirse como un dispositivo con sus particularidades, para su inscripción social, cada vez más hay que darle un marco más específico a la formación del at, con pautas en cuanto a los requisitos académicos, a sus normativas y regulaciones. Estamos además en

³³ En Argentina, con la nueva Ley Nacional de Salud Mental del 2010 (Nro. 26657) se abre una perspectiva importante en cuanto a las consecuencias que tendrá para la práctica del at, su lugar en una red y en los dispositivos ambulatorios que resguardan al paciente en el sostenimiento de sus ámbitos de pertenencia cotidianos y sus lazos sociales.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Argentina en un momento donde hay una gran dispersión y heterogeneidad en relación a los ámbitos de capacitación en AT: existen infinidad de cursos, carreras, tecnicaturas, pasantías subvaluadas, etc.; con mucha diferencia en sus requisitos de formación previa, su contenido curricular, su carga horaria y las exigencias académicas. ¿Todos “son” acompañantes terapéuticos?³⁴

En muchos lados se habla de “título oficial”, aunque no se sabe a qué “oficialidad” pertenecen. A veces esto responde a que hay una institución educativa que tiene un carácter de “oficial”, esto es inscripta legalmente, que emite esa certificación. Pero nada se dice de su curricula, de sus contenidos, de sus docentes, y mucho menos de si esto “oficial” implica alguna inscripción en tanto reconocimiento legal, alguna habilitación profesional en términos legales.

VARIACIONES Y DISPERSIONES DEL CIERRE

Recordemos, para terminar, que el encuadre hace en última instancia a ese fundamento que en el AT ayuda a acotar algo del sufrimiento del padeciente y su familia. El encuadre, en tanto remite a una dimensión de la terceridad, en su presentación de “ley”, constituye un sostén en el trabajo del AT, y le posibilita salir de la

³⁴ Desde aquel que hace un curso de 3 meses recién salido del secundario, al que realiza una capacitación de dos años, siendo a su vez estudiante de psicología...

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

relación dual a la que suele verse llevado por la propia dinámica de su espacio. Y esto que llamamos encuadre también nos permite *disponer* de un trabajo en red. Una red que se piensa como aquello que contiene, aunque no deja de ser una red significativa, que encarna en un discurso, sostenido en la presencia del at, de cada uno, de varios.

Destaco además que trabajar sin red es equivalente a la angustia: “a propósito de la angustia (...) no hay red”. Así también la clínica entre varios es una clínica en red³⁵. Angustia del paciente y/o angustia del at.

Simplificando mucho en estas variaciones del concepto de encuadre, digamos que sin esos *marcos legales*, sin estos *encuadres de los encuadres*, para la formación y para el ejercicio de la práctica, resulta dificultosa la “contención” (reiteradamente mencionada), tanto del paciente, como de la familia, como del propio at.

Hay una premisa en este ámbito que me viene en mente: el at debe ser *cuidado y cuidarse*. Para eso sirve pensar la *fundamentación* de una formación, en términos de preservar ahí también algo de esa remanida -ya por hoy- idea del encuadre.

Y luego de este recorrido por los sentidos de la regulación, después de subrayar el sentido de la

³⁵ Lacan, J.; Seminario X, “La angustia”. Articulación que bien resaltó E. Vaschetto en su presentación sobre el tema en el Congreso de APSA del año 2008.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

constancia y la estabilidad en un proceso de tratamiento, y de ubicar que en los casos donde hay acompañamiento terapéutico la “pérdida de marco” solicita múltiples intervenciones, sostenemos que es válido disponer, encuadrar, acotar, rescatando un uso de estas nociones que no vayan en el camino de encerrarnos en el aburrimiento, ni en los ceremoniales de una técnica.



**DEL DESTINO AL DESTINAR:
APUNTES DESDE LA SOLEDAD**
Juan Manuel Rodríguez Penagos

PENAGOS, Juan Manuel Rodríguez. Del destino al destinar: apuntes desde la soledad. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



La clínica del acompañamiento comienza con una cierta sensación abismal en la escucha, dimensión en la que generalmente se dice más por lo que se muestra que por las palabras. Ahí, la apuesta por el sujeto es el único vector que parece perfilar una dirección de la cura. Este proceso inicia, habitual aunque no exclusivamente, con la llamada de un familiar al analista para que, desde ahí, pueda tejerse un dispositivo capaz de producir aquella contención necesaria para comenzar un tratamiento. Sabemos, además, que aquello inscrito como ley en el discurso delirante es necesario para refundar al sujeto y, sin embargo, a veces no hace falta. Para poder ir caso por caso, es necesario escuchar al sujeto aún delirante, sin

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

anteponer un saber, de modo que alcancemos escuchar el espacio de la cura.

El trabajo en conjunto entre el analista, el psiquiatra y el acompañante¹ (a quien nos referiremos de aquí en adelante como el “A.T.”) permite tramitar el tratamiento de un paciente por un camino multidisciplinario; en los momentos agudos de la crisis, las reuniones clínicas son un factor *sine-qua-non* de este tipo de tratamientos, lugar en donde cada quien establece una estrategia de la cura con algunos horizontes compartidos. El encuadre típico propuesto por Freud para las neurosis, no es suficiente para la clínica de las psicosis donde impera la significación unívoca; es decir, el sujeto no puede dudar ni producir un espacio para la palabra. Así, las interpretaciones quedan fuera de la productividad del paciente, por lo que el puro acto de escuchar puede hacer reaparecer al otro; la presencia real del acompañante apuesta a ser reconocido.

El abordaje en la clínica biologicista deja al psicótico con el estatuto de objeto, pues funda la etiología en el mal funcionamiento de un órgano, dejando de lado las diferencias entre cada paciente. Cabe señalar que no toda psiquiatría es así. En este contexto, el psicótico queda en un doble encierro: el primero se produce cuando el desencadenamiento del delirio comienza a imponerse,

¹ A.T. - Acompañante Terapéutico.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

es decir, el sujeto desaparece con la exigencia de las alucinaciones; el segundo encierro se produce cuando en el lugar del nombre propio, aparece la nosología psiquiátrica como primordial en el narcisismo del paciente, quien asegura su lugar de objeto y la consecuente pérdida de la posición subjetiva -para algunos pacientes es más importante el diagnóstico que el nombre propio. La psiquiatría es fundamental en estos tratamientos, sin embargo su eficacia está sujeta, como cualquier otra disciplina, a la forma de escuchar.

Desde ahí es que aparece el acompañamiento terapéutico como una nueva disciplina fundada en la necesidad, como un desafío clínico y social, pues tiene consecuencias en el destino de un gran número de sujetos.

El campo de trabajo del acompañante terapéutico se da justamente en aquella relación que se da primero con un paciente con el estatuto de objeto y después con la fragmentación del discurso, para quizá después develar a un sujeto, aunque siempre encuadrado en una relación. La relación terapéutica permite una reaparición del sujeto en el tiempo y en el ritmo de lo posible. La eficacia de la relación estriba en que el devenir puede invitar al paciente a ocupar otro lugar en un compromiso de dos; reinaugurando lo social a través de un lazo terapéutico. El fin del acompañamiento puede articularse desde la

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

relación terapéutica como algo que debe ser finito, desde un encuadre y como parte de la cura, pues si el acompañamiento se vuelve permanente, se instala una transferencia que tiende a perder su poder y su eficacia. Este escenario permite una dirección de la cura desde los actos, es decir, a partir de lo cotidiano.

El acompañamiento terapéutico tiene como punto de partida dar un estatuto social al delirio del paciente, pues al ser escuchado, éste reinaugura la posibilidad de un lazo, dado que es desde esta dimensión social donde se produce el espacio de la cura. La responsabilidad de un tratamiento se comparte en el equipo. Sin embargo, el acompañante es quien lleva mayor responsabilidad de lo cotidiano, debido a que están en juego su propia transferencia y su escucha. Desde un principio, la apuesta incluye la política de un llamado al sujeto desde sus propios espacios. El trabajo de dos para el devenir de la cura, compromete al paciente de una manera social; el acompañante terapéutico puede hacer recordar la condición social del paciente al devolverle la mirada; es un embajador del otro en tanto que articula una clínica donde sus efectos pueden proponer nuevas formas de alteridad.

La posibilidad ambulatoria de los acompañantes permite circular en espacios donde se pueden producir actos a modo de apuesta terapéutica. Un lugar esencial

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

para el trabajo es la casa del paciente; la circulación por los espacios familiares del acompañado permiten actos cuyos efectos regulan de manera diferente el comercio familiar; por ejemplo, la hora de la comida con la familia. Asimismo, la clínica de las psicosis hace necesario un trabajo con la familia, donde el paciente paga la factura de esa locura genealógica. El devenir de la clínica, permite dar cuenta de los cambios en la circulación de la pulsión de muerte en el contexto familiar; es decir, cuando un paciente deja de delirar, puede comenzar a hacerlo otro miembro de la familia. Algunas veces ese destino lo ocupa el padre.

El psicoanálisis y el acompañamiento comparten una propiedad: ambos se producen como una relación artificial y, en ese sentido, ambos tienen un carácter sui-generis; en la clínica freudiana, la transferencia lo convierte en un espacio para la aparición del otro, en donde el analista se presta para que el otro lo invente desde su discurso. En la clínica de las psicosis, la transferencia comienza en el lugar del analista, del psiquiatra y del acompañante, y opera desde la forma de escuchar cada delirio en su singularidad. Al iniciar un tratamiento en un momento agudo, el A.T. generalmente es necesario como una contención frente a un sujeto en calidad de objeto que no tiene forma de reconocer al otro.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

La relación terapéutica comienza como efecto de una intervención del analista. Este contexto de inicio se desprende de las condiciones en las que el paciente llega a sesión. De esta manera, el número de acompañantes así como los espacios en donde trabajará el A.T. conforman la propuesta del analista, quien apunta a producir un espacio ambulatorio de contención y de escucha. En este sentido, el equipo de acompañantes se convierte en un dispositivo social hacia el paciente y la apuesta se centra en hacer circular de otra manera la pulsión de muerte.

El acompañamiento terapéutico puede comenzar aun desde el hospital, momento en el cual la salida gradual del paciente permite el regreso al espacio propio. La estrategia puede representar un lazo social mediante el cual la relación introduce algunas posibilidades nuevas al paciente; la alianza que se produce, le abre el camino de retorno a lo social, pero quizá de una manera que no signifique perder la propia subjetividad. El A.T. puede instrumentar, desde un inicio, una ruta trazada por el paciente; a veces poder ir al cine es más importante que emprender un viaje, sobre todo cuando esto sucede por primera ocasión. Es ahí en donde la transferencia, puesta en juego en los espacios imaginarios de lo cotidiano, produce alianzas poderosas, pues estos lugares formaban parte del territorio de la soledad.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

El trabajo en equipo respalda la forma en que cada quien escucha desde lugares transferenciales distintos. Así, el delirio y la estrategia de la cura se tejen en reuniones de las cuales se desprende una apuesta terapéutica. Allí, la planificación en el proyecto de acompañamiento con cada paciente viene a responder a lo que será la función de este lazo, estableciendo ya una dirección de la cura como desafío de dos con un carácter social. La meta no hace el camino, pues desde lo cotidiano, se trata de que el A.T. aparezca en donde se produce una gran dificultad por parte del paciente en el reconocimiento del semejante. La clínica freudiana plantea la dificultad que representa la transferencia psicótica, pero esta es solamente una de las diferencias que tiene la psicosis por sobre el dispositivo clásico del psicoanálisis. Vale la pena, por lo tanto, mostrar algunas precisiones desde la clínica de las psicosis.

La primera puerta que se abre nos muestra una posibilidad clínica; situación en donde quizás después de escuchar, puedan producirse espacios hacia los cuales encaminar una estrategia. En este sentido, el A.T. puede representar una forma de intervención conjunta que tenga el equivalente del valor de una interpretación en el psicoanálisis de las neurosis. La ausencia del proceso secundario hace que el tratamiento se desarrolle a partir de los actos, como una manera posible de intervenir

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

desde el registro de lo real. De esta forma, la presencia real del acompañante es un borde y, poco a poco, esa frontera se puede convertir en camino; el primero que nos llevará de regreso a un lazo social posible. El tratamiento imposible se da al esperar lo que un paciente en psicosis no puede ofrecer. Al principio de algunos casos ha sido más importante el trabajo a través de los objetos, sólo después aparece la palabra y, con ella, un sujeto de la historia.

El campo de lo posible también lo podemos señalar desde la transferencia, es decir, el paciente psicótico desarrollará hacia cada miembro del equipo una transferencia específica. Sin embargo, el riesgo lo encontramos en la posibilidad de un devenir perseguidor. La otra parte de la transferencia se juega del lado del equipo tratante. Así, podemos afirmar que también están en juego la subjetividad del analista, de los acompañantes y del psiquiatra hacia el paciente. Estas transferencias hacia el delirio, están íntimamente ligadas al proceso de análisis de cada miembro del equipo; el proceso y lugar que cada quien le atribuya a su propia locura, tendrá efectos definitivos sobre el paciente, pues se expresa en la forma de escucharlo.

La formación de cada miembro del equipo en aquello que se refiere a la teoría que sustenta su práctica, viene a constituir otra forma de poner la transferencia

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

hacia lo que escuchan. No se trata de reducirlo a una explicación nosológica del paciente, sino que se trata de crear un espacio de escucha en donde un paciente pueda sostenerse por medio de sus palabras, sin la necesidad de un pasaje al acto. La transferencia también involucra la intuición, una apuesta hecha en actos.

En este sentido, la forma en la que se juegan los silencios es una dimensión importante. Aun si parece paradójico, es fundamental escuchar los silencios desde esa intuición de la escucha; por ello es posible decir que se escucha desde el cuerpo. Más precisamente, no sólo trabaja nuestro saber consciente, sino que solamente se puede trabajar si se introduce el cuerpo como sostén del tratamiento. Este saber inconsciente puesto en juego se expresa en la forma de las fantasías; en ello radica la principal diferencia. El equipo no puede ni debe co-delirar. En cambio, las fantasías que se producen en cada miembro del equipo permiten un trabajo a posteriori de develamiento. Las fantasías sobre un delirio permiten una elaboración que puede devolver algunos efectos sobre el devenir del paciente.

La ley comienza a reinstaurarse desde esta relación con el A.T. Al haber dos, debe haber una frontera que aparece al mismo tiempo que se produce una silueta del otro. Pasar de la lógica del uno a lo múltiple, permite la emergencia de lo simbólico; en el deambular se trazan las

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

primeras formas de lo social y de la historia. Si la estrategia del A.T. es un regreso a lo social, los espacios públicos son un territorio donde se podrá desplegar una estabilización. Por ello, cada espacio de acompañamiento tiene el desafío terapéutico de inventar, uno a uno y a partir de su relación, una forma posible de lo social.

La lógica de dos permite el ejercicio de la ley donde el encuadre viene a ser un modelo a seguir. La hora y el lugar de la cita comienzan a ser una manera de asegurar el lugar del otro como una forma de compromiso social. El goce del Otro siempre apuesta a romper este encuadre, pero la relación terapéutica permite un tipo de función de testigo y actor en esos senderos que devienen historia. El inicio de un acompañamiento con un paciente agudo suele ser una forma de mezclar la escucha del A.T. con la épica que se produce en el delirante; el resultado es una suerte de relación quijotesca donde las batallas ya no se juegan desde la soledad.

El encuadre en la dirección de la cura viene a ser una puesta en práctica de la ley. En principio, el pacto consiste en aquel espacio en donde se comparte y se juega la palabra, pues los actos se desprenden de este intercambio. La ruta y el ritmo de la cura los señala el paciente. El A.T. se convierte en una forma del semejante; mientras que el delirio se dirige al Otro, el A.T. sólo puede

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

funcionar como otro. Al marcar la diferencia, también aparece un territorio del semejante.

El devenir de un tratamiento se desprende de la eficacia del testigo para poder hacer aparecer actos que dejan huella en la historia, desde aquello que proponen Deleuze y Badiou como un 'acontecimiento'. Este tipo de intervenciones pueden considerarse 'locas' en lo social, aunque lo único importante es la significación que le dé el acompañado al acto. Así, por ejemplo, es posible hacer la letra de una canción dentro de una escultura en un parque de la ciudad, o tocar el saxofón mientras se cantan salmos en una plaza pública. La dirección de la cura puede incluir algunos de los mencionados espacios de lo social. La estrategia es producir una travesía por los espacios excluidos anteriormente, donde el A.T. deviene un continente.

La clínica sorprende si podemos escuchar. A veces un paciente puede cambiar su discurso, pasar de delirar a soñar planteando en el camino preguntas fundamentales sobre su estructura. En algunos casos, las formaciones de lo inconsciente van cambiando de modo que pareciera más clara la lógica de una sola estructura, la estructura del lenguaje. 'Saber menos' permite escuchar más y dejarse sorprender, darse tiempo para comprender, dar inicio arbitrario a un tiempo lógico, a una palabra que espera una respuesta y en cuyo proceso los abismos

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

íntimos resuenan al escuchar al otro. Esto puede ocurrir ya sea desde el A.T. o el acompañado. Finalmente, desde el comienzo fantasmático de estos casos, al equipo terapéutico se le permite aparecer como un boceto, una silueta en el regreso del paciente desde su propia infinitud.



**DA ARTE ÍNGREME DE
FURAR PAREDES¹**
Mauricio Porto

PORTO, Mauricio. Da arte íngreme de furar paredes. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



Pensei contar-lhes a história de um acompanhamento terapêutico realizado a partir do interior de um macro-hospital psiquiátrico, com cerca de quatrocentos pacientes internados pelo SUS. Foi Carmen, uma at, quem propiciou a oportunidade de lhes contar um pouquinho do trabalho de acompanhamento terapêutico que se faz com pacientes internados por longos anos em hospitais psiquiátricos.

Esse acompanhamento terapêutico tratou um senhor já velhinho, magrinho, baixinho, com leves traços lusitanos, muito cordato, exalando aquela atmosfera lentificada que pesa nos hospitais. Um ar que parece ser de calma, mas que no fundo é o efeito do embotamento já

¹ Agradeço Carmen Livia Parise, acompanhante terapêutica com quem aprendi mais coisas, e ao senhor Manuel cujo nome foi aqui um pouco modificado.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

entranhado nele. Este senhor está internado há cerca de onze anos, vive esquecido, pelas beiras do hospital, como muitos daqueles pacientes que quase não dão trabalho. Embora todos o apreciem, o tratamento mais íntimo que ele recebe é, no máximo, a saudação de algum funcionário que lhe diz um “oi, vovozinho!”.

Embora querido por muitas pessoas no hospital este paciente é, sobretudo, um desapropriado. Ou, como disse Louis Althusser (um paciente recorrente de hospitais psiquiátricos na França), tomando uma expressão de Foucault para designar a loucura, ele é um desaparecido.

Escreveu Althusser, falando de si, internado:

“diferentemente de um morto, cujo falecimento põe um ponto final na vida de um indivíduo que é enterrado debaixo da terra de uma sepultura, (...) durante todo o tempo em que está internado, o louco continua, evidentemente, a viver; mas no isolamento e no silêncio do hospício. Sob sua pedra sepulcral, ele é como um morto. Porém, como não está realmente morto, como não se anunciou sua morte, ele se torna lentamente uma espécie de morto-vivo, ou melhor, nem morto nem vivo, não podendo dar sinal de vida. Não podendo, além do mais, expressar-se publicamente do lado de fora, e constituindo de fato, arrisco um termo, na moeda dos saldos sinistros de todas as guerras e de todas as catástrofes do mundo: o saldo dos desaparecidos”.²

Esta benevolência com a desapareição é bastante comum no trato com a loucura, quando ela é “mansa”. Neste hospital psiquiátrico, trata-se o vovozinho com

²Althusser, Louis, “O futuro dura muito tempo”, São Paulo, Cia das Letras, 1992, pg. 29.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

benevolência, mas Carmen, a at, não deixa de notar aí uma complacência dedicada àqueles que, ainda não mortos, já estão condenados a não mais ser alguém, a serem olhados como os que já não querem mais nada. Vô!, Vovozinho!, Nóbrega!... Sim, este senhor é conhecido também como “senhor Nóbrega”, de Manuel Nóbrega. Manuel Nóbrega é como o senhor Nóbrega diz se chamar, porque perdeu todos seus documentos antes de vir dar no hospital. Já não se sabe mais quanto tempo ele levou, dentro do hospital, até ter se definido um nome mais estável para si, Manuel Nóbrega. Embora pareça ser mais velho, diz ter 57 anos.

Depois de onze anos de internação no hospital psiquiátrico, sem sair para qualquer coisa, os profissionais mais sensíveis do hospital indicam o acompanhamento terapêutico e Carmen se dedica a ir ver o senhor Manuel umavez por semana, sem falta, a fim de estar exclusivamente com ele. Então, ela constata naquele ser meigo e pacífico, a expressão completa da passividade. O desejo empedrara: o nome é incerto, a idade uma incógnita, ninguém sabe de onde vem, nenhuma referência da família, não tem história pessoal, não tem mais qualquer expressão sexual, não demonstra qualquer vontade própria.

Deste silenciamento todo, do desejo, do corpo, do nome e da história, só uma coisa ainda sobrevive: sua

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

fala. O diálogo é, às vezes, intermitente, mas acontece. Seu discurso é uma reunião esparsa mas ininterrupta de nomes próprios, exatamente aquilo que ele não tem muito estável para si mesmo, seu nome. Às vezes, os nomes próprios se introduzem de surpresa, Sátiro Dias..., irrompendo no meio de uma fala corriqueira; noutras vezes, a ocasião é a fala toda é feita de nomes que se seguem uns aos outros, estabelecendo um itinerário maluco que nunca se detém. “Duarte de Azevedo, Leite de Moraes, Olavo Egídio, Manoel de Matos, Algodão, Nabuco de Araújo, Sátiro Dias, Viveiros de Castro, Alfredo Pujol, Corneteiro Jesus”.

E há o delírio... Ele diz que sua família é uma poderosa família de coronéis da Bahia, importantes políticos que praticamente mandam no Estado. As terras e fazendas da família são imensas. Da empresa de ônibus, a Real Bahia, ele fora dono. O pai é dono de um empreendimento marítimo, parece que de importação de mercadorias, ou de algum tipo de tráfico suspeito. De qualquer modo, eles ficaram riquíssimos. Os títulos de opulência e de propriedade da família remontam à época de Cabral, de quem ele diz descender. No hospital, quase todo mundo tem algum parentesco com ele. Manuel Nóbrega aponta com o dedo seus primos ali no pátio e os vemos aos montes...

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Carmen acolhe sem hesitar as formulações malucas de seu Manuel. É desnecessário por em questão a veracidade daquilo que ele diz. Na inventação que seu Manuel faz para Carmen, o que ele ensaia inventar é, sobretudo, a narrativa de seu mundo pessoal, seu existir. A existência que se perdeu em seu Manuel, isto que rigorosamente chamamos de perda da realidade, ele só pode reconstitui-la no momento em que encontra alguém que se dispõe a estar com ele, envolver-se, interessar-se, compartilhar com ele a re-construção de uma história. Carmen implica-se neste ponto exato o seu trabalho de at.

No início, Carmen sustenta a fala desatinada de seu Manuel, cheia de nomes próprios, cheia de toda a parentela e cheia de sou dono disso e daquilo. Só depois de muitas semanas de acompanhamento terapêutico, depois de muitas histórias, é que seu Manuel tem confiança suficiente para sair a passear com Carmen, pelas ruas ao redor do hospital, depois de onze anos de reclusão. Desde a primeira saída, e durante semanas a fio, um aspecto de seu Manuel se destaca: ele se porta como o dono do mundo: se aquela casa que ele aponta na rua não é sua, é de seu primo; se aquele prédio não é dele, é do amigo dele. Certo dia, Carmen não resiste e quer por à prova a real realidade dele. Ela provoca: “então seu Manuel, já que seu amigo é o dono deste prédio, vamos entrar nele e procura-lo!”. Seu Manuel não se faz

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de rogado e se sai com esta, “hoje não, que meu amigo não está”, como que dizendo “ele foi viajar para Europa”. Assim, mantém inatacada a sua realidade em (re)construção – apesar do assédio de Carmen - e mantém a at junto de si, sem perder o pé de seu processo de inventar uma história para si.

Quero ressaltar que a movimentação criada na vida psíquica de seu Manuel quando Carmen sustenta a fala desatinada dele, ou quando ela provoca a realidade e suporta o real, ou quando propõe vivências de sair do hospital, tudo isto é impulsionado pelo desejo da at de que algo aconteça e pelo manejo que permite sustentar esse desejo. Este desejo de algo, que começa em Carmen, cria uma convergência das forças que não param de chegar de todos os lados, tanto dela quando de seu Manuel. É a ligação forte de Carmen com seu Manuel que atrai o conjunto das forças para si, fazendo-as cada vez mais convergentes.

O adensamento das forças chega ao ponto em que basta só mais uma saída, só mais um passo, e no momento seguinte seu Manuel declara o tesão dele por esta mulher. Não repetirei as palavras chulas, surpreendentes na boca daquele velhinho que já fora manso. Vocês imaginem o mais grosseiro que se pode dizer com “gostosa”, “boca”, “boceta”, chega! Parece feio mas é a expressão do desejo irrompendo na sua forma

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

bruta, como torrente sufocada há muito tempo. E o desejo de seu Manuel não é completamente um desejo por Carmen: é antes a descoberta de que há algo dele que é surge na relação com ela. Quando ele escolhe “estazinha”, uma “zinha” - como ela a chama - se delimita, se distingue, tornando-se um pedacinho especialíssimo contornado no múltiplo. Constitui-se no múltiplo, um singular.

Esta delimitação-Carmen, investida por seu Manuel, se intensifica ao máximo quando ele quer beijar Carmen. Mas aí ela não deixa e diz que “não”, quase brava. Então ele se decide e diz, agressivamente, que se ele não pode chupar a boca dela, é bom que ela vá embora mesmo, não precisa mais vê-lo. Carmen sobrevive à raiva e diz: “dá raiva, né? Dá raiva não poder me beijar, né? Eu entendo que o senhor esteja se sentindo assim, mas ainda faltam dez minutos para acabar o acompanhamento e eu vou ficar aqui até acabar, sem beijar”. Por algum motivo, Manuel se acalma e começa a falar da prima que trabalhava com ele na loja de material de construção e com que ele tivera um namorico. É a primeira vez que uma outra mulher aparece na fala do acompanhamento, um nome de mulher e um corpo.

Semanas mais tarde, Carmen se dá conta de que no discurso geográfico, cheio de nomes próprios, alguns

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

nomes são de ruas do bairro de Santana, na zona norte de São Paulo: Duarte de Azevedo, Alfredo Pujol... Atenta a este fato, investiga com o senhor Manuel o que estes nomes significam para ele. Descobre que ele fala dos endereços de lugares aonde viveu quando chegou em São Paulo. Aos poucos e aos pedaços, seu Manuel conta, e aos poucos juntam as partes que mostram que ao chegar em São Paulo, vindo da Bahia, ele foi pedreiro, trabalhou na tal loja de material de construção, depois em loja de peças de carro, na CMTC. Quando surtou, trabalhava como pintor em uma igreja e foi o padre quem o internou. Sobre Santana conta em que pensões morou, fala dos documentos que ficaram com a dona de uma dessas pensões, dos bares em que bebia muito, das lojas em que efz bicos... Após um extenso mapeamento, Carmen convida seu Manuel para irem, em uma saída, até estes lugares que foram dele.

A viagem a Santana demonstra que seu Manuel guarda, fragmentados e intactos, pedaços inteiros de sua história. Alguns dos bares em que seu Manuel já bebera ainda funcionam. As pessoas dali confirmam tudo que seu Manuel lembra: na pensão em que ele diz que conheceu o Comanda, o pessoal de lá conta que o Comanda está morando em outro lugar. Mas a pensão da Boca-Torta está fechada, e dizem que a dona teve que fugir às pressas porque o marido era procurado pela polícia. Os

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

taxistas confirmam que a loja de material de construção - aquela da prima – também existiu ali. Na verdade, após tantos anos, vinte, trinta, quase mais nada está de pé. Mas por cada lugar pelo qual passam e vêm a recordação destruída, sempre há alguém - um guarda, um antigo morador vindo por acaso, os atuais proprietários do lugar -, que conta aquele pedaço de história do qual seu Manuel não fez parte. Ao retornarem, a sensação é ambivalente: uma alegria pelo re-encontro com aquelas ruas e lugares e pela re-descoberta de uma memória de si, e também uma tristeza, quase uma desolação, ao constatar de que poça coisa daquele passado se conservara.

A aflição aumenta quando Carmen decide avançar na investigação da história pessoal de seu Manuel, indo atrás de dados concretos de quem ele é. Junto com seu Manuel, Carmen contata o setor de recursos humanos de algumas firmas que ele disse que já trabalhara. Telefona para uma firma, encontra as portas fechadas e fracassa. Na CMTC, utiliza todas as estratégias que conhece, até convencer o funcionário a dar uma informação sigilosa a respeito de seus empregados: não havia mais registro de Manuel Nóbrega.

Mas Carmen continua atenta ao discurso de seu Manuel, interessada naqueles nomes todos, “Tucuruvi, Imirim, Sátiro Dias, Quemada, Algodão, Alagoinhas”.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“Tucuruvi?”, “Imirim?”, parecem bairros de São Paulo, mas são povoados da Bahia. “Onde é Algodão?”, “A fazenda da minha família, o lugar onde eu nasci. Enorme. Tudo lá é da minha família”, responde seu Manuel. “Quem é Sátiro Dias?”, “É lá!”... e novamente Carmen cai no desentendimento. Depois de muitas conversas com ele e com quem ele é, outro mapa se desenha, algum lugar entre Minas Gerais e a Bahia.

Seu Manuel acompanha Carmen nos interurbanos para Bahia, atrás de alguém que possa informar onde ficam os registros de nascimento da fazenda do Algodão. Multiplicam-se as ligações para Salvador, e depois para os povoados de Alagoinhas, Tucuruvi, Quemada. Em cada telefonema aos cartórios, Carmen pede uma certidão de nascimento em nome de Manuel Nóbrega e dá o endereço do hospital. A assistente social do hospital também mexe seus pauzinhos.

São semanas tentando encontrar o cartório de registro de nascimento até que, num belo dia, Carmen chega ao hospital e recebe a notícia de que a certidão está lá. Ninguém sabe de onde veio, nem porque, nem pela tentativa de quem, mas o correio entregou a certidão de nascimento de seu Manuel, nascido na fazenda do Algodão, no município de Sátiro Dias. Manuel Nóbrega Cabral. Ele é ele mesmo! Filho de pai desconhecido e de Josefa Nóbrega. Só sua idade não confere: ele não tem

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

57 anos, como diz, e sim 68 anos. Onze a mais. Ele parou de contar sua idade no dia em que foi internado no hospital psiquiátrico.

Feliz e animada, ligando o nome ao lugar, Carmen telefona para o 102 de Salvador e pede o número do telefone do fórum de Sátiro Dias. Dizem-lhe que no povoado há um único telefone, público. Ela não desiste, liga para o único telefone, que fica na praça do povoado, conta sua história, ou melhor, a história de Manuel Nóbrega, assunta com as mulheres que estão ali na praça, fazendo uma espécie de teleconferência em praça pública. As mulheres decidem chamar o rapaz do fórum. Combinam que Carmen telefonará de novo meia hora mais tarde. Meia hora depois, ela repete a história de Manuel Nóbrega para o rapaz do fórum. Mas ele responde, com aquela típica calma dos desesperançados, que não pode fazer nada. Embora queira muito ajuda-la, ele não pode fazer nada! À beira de um ataque de nervos, Carmen reivindica alguém que possa fazer algo, “você não conhece um padre, um político, ou qualquer coisa assim?”. É quando o rapaz diz que ali em Sátiro Dias há um só vereador, todo mundo o conhece, ele vai chamá-lo, é o Paulo Nóbrega...

Quase em desmaio, Carmen diz, sôfrega, “mas você sabe o que quer dizer isto que você está falando?”... e quer entrar pelo fio do telefone para alcançar o Paulo

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Nóbrega naquele instante. Depois soubemos que Paulo é um primo distante de seu Manuel. Como Paulo Nóbrega comprova e como o tio que foi prefeito confirma, os parentes são mesmo políticos importantes na região em que moram os Nóbrega e os Cabral. Este Paulo ainda agora ajuda na articulação com o ramo baiano da família de seu Nóbrega.

A certidão de nascimento é a chance de registrar a existência para alguém que perdeu o nome próprio e, junto, toda a história. Uma carteira de identidade, obtida depois desta busca toda, é a prova cabal de que há um ser ali. Carmen e seu Manuel tiram fotos três por quatro e, na saída seguinte, fazem a carteira de identidade no Poupatempo. Durante estas atividades, Manuel torna-se cada vez mais claro ao falar de sua história. Conta sem hesitar que é filho de Cabral porque seu pai é um português cujo sobrenome é Cabral. Diz a lenda que seu Cabral veio de navio para o Brasil, e na Bahia, montou uma loja de parafusos. Depois vendeu a loja para uns gringos e passou a viver das prestações. Casou-se com Josefa Nóbrega e com ela teve dois filhos, Manuel e Osvaldo. Cabral era responsável em receber a carga de um navio que vinha de Portugal, trazendo mercadorias e que, depois de parar na Bahia, seguia em direção ao Paraguai. Daí, o navio voltava pela rota inversa. A família viveu junta até que Cabral conheceu uma portuguesa rica,

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

com quem fugiu e foi morar em Minas Gerais. Deixou Josefa sozinha com os dois filhos. A certidão foi registrada pelo próprio Manuel, quando ele tinha dezenove anos e o pai já os tinha deixado. No momento do registro, Manuel, ao mesmo tempo em que deu seu nome completo, com os sobrenomes do pai e da mãe, declarou que não tinha pai e não fez o pai constar na certidão.

Esta epopéia toda, até fazer a carteira de identidade, provocou uma espécie de inveja em diversos pacientes. A densidade do acontecimento entre seu Manuel e Carmen impulsionou alguns profissionais do hospital a pensar naqueles pacientes que não tem qualquer documento, pacientes cuja memória se extraviou, e a querer fazer carteiras de identidade para eles todos. Não sei se vocês sabem, mas os pacientes psiquiátricos com uma carteira de identidade podem requisitar um salário mínimo mensal do governo federal. Isto que é chamado de "benefício", representa duzentos reais todo mês, quase uma fortuna para quem está há anos sem ver um único parente, um só amigo, quem quase não tem história, quem vive do afago das voluntárias da igreja que passam pelo hospital com certa freqüência, como faziam as beatas da Idade Média nas santas casas de misericórdia. Um salário mínimo por mês significa um pouco de dignidade para quem está sujeito a

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

uma esmola eventual de alguém que, vez por outra, se penaliza com tal abandono.

Deixo por aqui meu relato do trabalho de Carmen e Manuel para colocar a seguinte questão: o que se passa entre a identidade que Manuel fabrica e aquela que o hospital quer distribuir para seus pacientes? Sabemos que a loucura é estado de dispersão absoluta. Como diz Althusser, desaparecimento. A loucura é sem Nome. Quando vai ao Poupatempo e registra seu nome, Manuel, assistido por Carmen, está parindo de sua própria barriga, o Si mesmo. Mas este ato de ressurgimento de Manuel não pára nesta espécie de autoengendramento. Manuel e Carmen, por causa da busca, da expectativa, do esclarecimento, da alegria, sem perceber, contaminam os outros ali do hospital com a sensação de poder sair da pura dispersão. Na afirmação do nome próprio, Manuel funciona para além de si mesmo, atinge e instala uma perspectiva para os outros pacientes igualmente extraviados de seus nomes.

A idéia de distribuir carteiras de identidade para todos os anônimos do hospital pode ser benéfico para todos (o benefício) e ser até fundamental (dar fundamento) para alguns. É evidente que ninguém ali carregará sua identidade como a que Manuel leva no bolso. Mas se a identidade que Manuel carrega lhe confirma um nome próprio, seu nome não o restringe na

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

privacidade íntima da sua pessoa. Quando ele se individualiza, ele não se torna uma pessoa separada dos outros de seu entorno. Ele fica no limite de sua individualidade. A carteira de identidade não privatiza Manuel na forma individual de uma pessoa: antes mesmo de Manuel vir com sua carteira, a carteira transborda Manuel e excita o bando de desaparecidos a saírem atrás de seus próprios nomes.

Então, temos dois planos se constituindo ao mesmo tempo: o plano da individuação de Manuel³ (que chamaria de plano do acontecimento) e o plano que surge à medida que a identidade de Manuel - seu nome - se produz e fratura a unidade passiva do bando de desaparecidos. Este segundo plano, aberto pelo ultrapassamento da individualidade de Manuel, é o dos outros-sem-nome então incitados pela experiência de ver parir o nome próprio (que chamaria de plano de coletivação).

Aqui, uma primeira questão já se impõe: como farão estes outros que vêm logo depois, para ficarem à altura deste acontecimento? O que farão estes outros que vivem então o efeito do acontecimento, quando o instante do desbordamento acaba de suceder, já sem toda a força do engendramento do nome próprio?

³Manuel se constitui, assitido por Carmen, ao mesmo tempo sendo si-mesmo e sendo ultrapassado/se ultrapassando para os outros.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Mas há ainda uma segunda questão, que gira em torno da idéia do hospital promover a confecção de carteiras de identidade para todos os seus pacientes. O que significa esta idéia se ela se torna uma norma que coloca um paciente sem-nome-próprio diante de um documento que lhe devolve o seu rosto, irreconhecível? A idéia não é despropositada, porque uma carteira destas pode diminuir a miséria destes pacientes. Mas levar um delegado até o hospital, distribuir fichas em massa, fazer uma fila de digitais sujas, um amontoado de nomes sendo pegos a esmo por cada sujeito que passa diante da escrivaninha, e depois, carteiras, para todos aqueles desmemoriados, isto pode tender a uma fábrica de identidades sem sentido.

Beiraríamos o âmbito da boa vontade simples e da prática institucional quando ela normatiza a identidade. Estaríamos na borda de uma outra dominação, a indiferenciação através da distribuição do nome próprio. Voltaríamos a uma manicomialização mais aprimorada, que neste caso conduziria todos os sem nome a intitular-se de um substantivo já bem distante da vontade pessoal. Frisemos que o risco de impor esta formatação normalizante acossa todos os que trabalham no hospital psiquiátrico, acompanhantes terapêuticos inclusive. Aqui a norma opera mais como molde - que modela e alisa - do que como modelagem - que requer a ação de inventar e o

gesto inacabável.

Entre a identidade que o hospital imagina distribuir e aquela que Manuel fabrica para si estaríamos igualmente entre molde e modelagem, entre a oferta de formas pré-formadas, mesmo que alternativas, de um lado, e de outro, a incitação de alternativas à forma, a promoção de uma formalização infinitiva, sem solução que termine.

Algo desta disjuntiva também se coloca para os trabalhadores na saúde mental, hoje, depois de 20 anos de luta antimanicomial.

Já deixamos um pouquinho para trás aquela época de uma organização social que quase só conheceu hospícios. Há 20 anos, em 1987, o alerta “não aos manicômios!”, significou o momento de uma recusa fundamental. Naquela época da unanimidade manicomial, a simples recusa representou a negativa precisa que causou uma ruptura positiva e combativa às instituições totais.

Hoje, o nosso risco é duplo: primeiro risco, da força negativa reproduzir vida reativa e, segundo, da forma já constituída resistir ao não-formado. Primeiro, o risco daquela recusa fundamental não ir além da pura reação ao mundo dos hospícios. A luta anti-manicomial não pode apoiar sua premissa e sua essência naquilo que ela nega. As alternativas não podem tirar sua força e sua atividade

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de uma oposição ressentida contra o instituído; senão, apenas reproduzirá um homem domesticado e uma vida apassivada, que só respira na medida em que reage.

Segundo que, após intervenções em hospitais psiquiátricos clássicos, aprimoramentos nas tecnologias terapêuticas e desenvolvimentos de estratégias inéditas de tratamento, acumularam-se alternativas para desmontagens institucionais, para as indicações terapêuticas e os funcionamentos grupais em diversos níveis. Agora, não podemos utilizar estas alternativas para fechar modelos de aplicabilidade nacional; senão a luta antimanicomial se reproduzirá, aqui e acolá, como molde indiferenciador que não se desestabiliza e, portanto, não cria mais alternativas.

Hoje, no campo da luta antimanicomial, precisamos distinguir as formalizações das forças, fortes e fracas, em pelo menos três circunstâncias: a hora veemente de recusar, se a recusa for uma negação a ser afirmada; o momento de desmontar, quando uma construção passar a se apoiar nas bases da vida reativa e do molde pré-formado; e finalmente, saber acolher a experiência de singularização no instante em que o indivíduo, que se inventa a si mesmo e atua, também se ultrapassa na direção de sua coletividade. Para seguir estabelecendo suas alternativas macropolíticas, a luta antimanicomial

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

precisa sempre ser acionada pelas artes dos indivíduos que, escapando pelo inédito, são tocados de possível.

Como aconteceu com a Carmen que acompanhou Manuel-inventor, na arte íngreme de furar paredes...



CORPUS DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Alejandro Chévez

CHÉVEZ, Alejandro. Corpus del Acompañamiento Terapéutico. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



“En un vigilante de insensatos es menester buscar una contextura corporal bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido cuando llegue el caso, una voz cuyo tono de ser necesario, sea fulminante; además, el vigilante debe ser una probidad severa, de costumbres puras, de una firmeza compatible con formas suaves y persuasivas [...] y de una docilidad absoluta a las ordenes del médico” (EPP, p 20, de Esquirol)

“Los sirvientes o guardianes deben ser altos, fuertes, probos, inteligentes, limpios en su persona y en su vestimenta. A fin de tratar con tiento la extrema sensibilidad de algunos alienados, sobre todo con respecto al pundonor, convendrá casi siempre que los sirvientes aparezcan entre ellos como domésticos y no como guardianes [...] Sin embargo, como tampoco deben obedecer a los locos y a menudo se ven incluso obligados a reprimirlos, para casar la idea de doméstico con la negativa de obediencia y descartar cualquier desavenencia, será tarea del vigilante insinuar hábilmente a los enfermos que quienes los sirven han recibido ciertas instrucciones y órdenes del médico, que no pueden pasar por alto sin obtener antes el permiso inmediato de hacerlo”. (Jean-Etienne-Dominique Esquirol, “Tratado completo de las enajenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto medico, higiénico y médico-legal”, 1838).

CORPUS DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Corpus, en sentido amplio refiere a un conjunto de sistemas independientes que juntas constituyen otro principal, y suele utilizarse para referirse a una colección o una obra. De esta manera un conjunto de órganos constituye un organismo, o un conjunto de militares conforma un corpus del ejército, y un conjunto de escritos conforman el corpus de un libro. Para Bordieu, el corpus representa un conjunto de normas fijas y cognoscibles, fácilmente interpretables para todo los que lo componen. Es interesante en su variante sistémica, el hecho de que un corpus puede referirse al todo y a la parte, así un conjunto de teorías pueden conformar el corpus teórico de una ciencia, pero a la vez, cada teoría es un corpus teórico-metodológico en sí mismo, y esto, aplicado al Acompañamiento Terapéutico (a partir de ahora **AT**) genera efectos de lo más interesantes, como veremos en breve.

Además de lo que un corpus es (todo y parte de algo), nos interesa el corpus en su *hacer*, ya que de su uso también pende su significación. Así, si nuestro corpus del ejército decide, por ejemplo, abandonar la lucha armada y dedicarse al baile, pues conformarán entonces un cuerpo de baile. Como veis, en la medida que a ese corpus lo ponemos en movimiento, su *hacer* resignifica (y

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

re-escenifica), no solo al corpus como un todo, sino también su contenido.

Supongamos que por alguna razón, digamos que por escrúpulos teórico-metodológicos, no todos los guerreros están de acuerdo en convertirse en dulces bailarinas, o simplemente no quieren ser dulces sino salvajes y agresivas, este tipo de transformación referido a cuerpo biológico suele llamarse: cáncer. En este sentido un corpus contiene los que lo produce y desarrolla, pero también lo que lo destruye.

A nosotros nos interesa el concepto, es su capacidad de albergar tanto lo igual, como lo diferente, en torno a un funcionamiento común y compartido, en continuo movimiento de integración-exclusión, con un conjunto de discursos, normas y tradiciones que a su vez, le atribuyen una determinada cualidad. Pero voy a agregar una condición más: todos los que forman parte de ese corpus están sujetos a una cierta interdependencia, y comparten una responsabilidad (que aunque es individual) los liga a ese todo.

El corpus del Acompañamiento Terapéutico camina hacia su legalidad: el Acompañamiento Terapéutico en Argentina crece y se desarrolla en todas sus dimensiones: organizativo y orgánico (creación de Asociación de Acompañantes terapéuticos de la República Argentina, ATRA), jurídico legal (nueva ley de Salud Mental y Código

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de Ética de AATRA), metodológica (significativo aumento de las publicaciones), formativa (apertura de las tecnicaturas universitarias en Argentina y México), geográficas (crecimiento en Brasil, Uruguay, Perú, México y España).

En España el ámbito de actuación del AT, es decir el *campo de la intervención socio comunitaria*, se haya obturado por la existencia de otras disciplinas que ya están constituidas legalmente y tienen un importante recorrido histórico transitado, además están integradas en las políticas públicas de salud (demandadas a través de los pliegos que regulan los concursos públicos), y con un corpus metodológico afín al discurso oficial, esencialmente asistencialista y pedagogicista. Aún así existen en Madrid, Zaragoza y Barcelona Servicios y programas dedicados al acompañamiento terapéutico, intentando *encajar* en este contexto, además de una incipiente práctica privada que actúa en los bordes de la legalidad, tal como sucedía en Argentina hace diez años.

No por ello, el acompañamiento terapéutico no deja de crecer y ocupar lentamente nuevos espacios.

Como sabéis, en Argentina la corriente de pensamiento más difundida es el psicoanálisis, que al ser la cuna del acompañamiento terapéutico, ha imprimido en el dispositivo, un estilo especial de abordar las cuestiones relacionadas con la práctica. Esto ciertamente no facilita

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

la difusión en España, o por lo menos en Madrid ha sido necesario tejer puentes epistemológicos que permitan hacer “más accesibles” la teoría y la metodología del acompañamiento, con el riesgo que esto implica. Es en esta línea, es que he decidido dividir la experiencia del acompañamiento terapéutico, en tres puntos de acceso:

- **AT como *disciplina*.**
- **AT como *dispositivo*.**
- **AT como *técnica*.**

Vale mencionar que el acompañamiento terapéutico hoy se presenta como unos de los dispositivos de intervención socio comunitario más difundidos, encontrando su némesis en el tratamiento asertivo comunitario, ambos dispositivos se encuentran en un punto intermedio al que llamamos, el *campo de la intervención socio comunitaria*, ambos son el efectos de la desmanicomialización y pretenden abordar al paciente en su propio entorno. La diferencia y similitud de estos dispositivos ya ha sido abordada en otro trabajo, llamado *La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas*, publicado por el Colegio de Psicólogos de Madrid en el año 2009¹.

¹ También puede descargarse en el blog: <http://www.alejandrochevez.blogspot.com>

¿QUÉ ES EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO?

Acompañamiento como disciplina

“Una disciplina es una táctica: una manera determinada de distribuir las fuerzas de trabajo en función de las necesidades de la economía” de un determinado socio histórico. “Las disciplinas son técnicas de distribución de los cuerpos, los individuos, los tiempos, las fuerzas de trabajo”. Michael Foucault, *El poder Psiquiátrico*.

A partir de la creación en 2001 del Código de Ética del Acompañante Terapéutico (a partir de ahora **a.t.**) recientemente publicado en el libro *Acompañamiento Terapéutico. Innovaciones en la Clínica Inscripción Institucional*² es difícil no admitir que el AT se ha conformado en una disciplina, y si bien su corpus teórico-metodológico es amplio y heterogéneo, va definiéndose en una serie de pautas que se repiten en prácticamente todos los textos referidos sobre el tema. El aumento de la demanda en estos últimos años, su inclusión en políticas públicas, la creación de leyes que la legitiman, y su inclusión en el ámbito académico universitario, son indicadores que nos invitan a pensar que el círculo que define lo que es y lo que no es el AT, se está cerrando.

¿Qué es lo propio del A.T.?, se plantea Pablo Dragotto, Coordinador del servicio de acompañamiento

² G. Bustos y M.L. Frank “*Acompañamiento Terapéutico. Innovaciones en la Clínica Inscripción Institucional*”, Ed. Dunken, Buenos Aires, 2011.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

terapêutico de Fundación Sistere, en su texto publicado en Revista Virtual Punto de Encuentro (2009), “*Historias y actualidad del acompañamiento terapéutico*”³.

“Diremos que **lo vincular, lo cotidiano y el trabajo en equipo** constituyen elementos definitorios de este campo. Lo vincular, en tanto es solo en el vinculo y por el vinculo que nuestras intervenciones podrán ser efectivas. Lo cotidiano es el ámbito de nuestro trabajo. Allí, el a.t. se inserta al modo de una cuña en lo alienante de lo social y de la familia. Inserción no inocente que podrá contribuir a que emerja lo no Uno del sujeto sofocado en la trama familiar. El trabajo en equipo implica la renuncia a la omnipotencia imaginaria del profesional solitario: se multiplican las miradas, las escuchas y las situaciones en las que el tratamiento está presente para el paciente. De allí que el dispositivo necesita de la reunión. Re-unión de equipo. De lo disperso, de lo fragmentario, de lo parcial. Esta reunión no apuntaría a lograr una nueva totalización o unificación, sino intentar el armado de un mosaico que a partir de la diversidad y la diferencia de las miradas y las escuchas de los miembros del equipo pueda apostar y sostener la emergencia de un lugar subjetivo para el paciente en su cotidianeidad”.

Vemos entonces que el acompañamiento terapéutico como disciplina estaría llevado a cabo por un profesional llamado “*Acompañante Terapéutico*”, que ha sido formado específicamente para cumplir esta función.

En España, encontramos la figura del *educador* y de los *monitores de ocio y tiempo libre* ocupando un espacio similar, el comunitario, aunque la metodología es muy diferente. Mientras que educadores y monitores

³ Puede descargarse el artículo completo en www.alejandrochevez.blogspot.com/, por gentileza de Pablo Dragotto.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

inscriben su práctica en una línea eminentemente “pedagógicista”⁴ basado en la psicoeducación y el entrenamiento de habilidades sociales, el acompañamiento terapéutico sigue una línea más bien psicoterapéutica, eminentemente clínica. Aunque no es posible que con el tiempo algunos elementos comunes permitan cierta yuxtaposición de perspectivas.

En cuanto al campo de intervención, el acompañante es agrupa en equipos de trabajo que constituyen recursos actúan en el espacio comunitaria y en la cotidianeidad del sujeto.

En este sentido podemos decir que el Acompañamiento Terapéutico es un *recurso de apoyo al tratamiento de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o en el domicilio del usuario en clave de acompañamientos individuales y grupales, promoviendo un vínculo terapéutico basado en la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito jurídico, clínico o social.*

⁴ L. Dozza y A. Tarí, “Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización”, Revista Área 3, nro.3.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Y el acompañante terapéutico es *un agente de salud socio-comunitario al servicio de una intervención clínica.*

Puntualizando:

- El AT no es un tratamiento en sí mismo, sino una intervención sujeta a la estrategia pautada por quien dirige el tratamiento. En este sentido decimos que el a.t. tiene un rol auxiliar.
- El a.t. requiere una formación específica acorde al corpus que establece esta disciplina.

Acompañamiento como dispositivo

“Pertenece a ciertos dispositivos y obramos en ellos. La novedad de unos dispositivos respecto de los anteriores es lo que llamamos su actualidad, nuestra actualidad. Lo nuevo es lo actual. Lo actual no es que somos sino que es más bien lo que vamos siendo, lo que llegamos a ser, es decir, lo otro, nuestra diferente evolución. En todo dispositivo hay que distinguir lo que somos: lo que ya no somos, y lo que estamos siendo: la parte de la historia y la parte de lo actual”, Gilles Deleuze, “¿Qué es un dispositivo?”.

En Argentina cuando hablamos de acompañamiento terapéutico se refieren al él con el nombre de *dispositivo*. Se habla entonces de “dispositivo de acompañamiento terapéutico”, y no de *recurso*, y esto no es por casualidad. El concepto de dispositivo fue

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

elaborado primero por Foucault y luego desarrollado por Deleuze⁵ en el texto donde analiza la obra del filósofo. Este tema ha sido abordado en el libro de reciente publicación por Silvia Resnizky y Susana Kuras de Mauer (con he tenido la oportunidad de trabajar hace diez a propósito de un caso) *El Acompañamiento terapéutico como Dispositivo*⁶.

Un dispositivo es, citando a Deleuze, un *ovillo*, que no constituye una red, como suele decirse, sino que es una red en sí misma, un conjunto dispar que establece (crea) una realidad compleja y móvil, irreductible al marco de una disciplina, ya que los discursos que lo conforman son múltiples y no se limitan a un solo género (ciencia, poesía, etc.) sino que admite a todos ellos, en el marco de una estrategia que conjuga saber y poder. Un dispositivo resalta los aspectos de multiplicidad, actualidad, singularidad, continuidad y discreción que caracterizan al acompañamiento terapéutico. Como dice Foucault un dispositivo es una “máquina para hacer ver y para hacer hablar”⁷.

Pero ¿qué es lo que hace ver y hablar el acompañamiento terapéutico?. El trabajo en lo cotidiano visibiliza en primer lugar, las relaciones de poder en juego

⁵ G. Deleuzes, “¿Qué es un dispositivo?” en “Michel Foucault, filósofo”, Gedisa, Barcelona, 1990.

⁶ S. Kuras y S. Resnizky, “*El Acompañamiento terapéutico como Dispositivo*”, Letra Viva, Buenos Aires, 2011.

⁷ G. Deleuzes, *Op. Cit.*.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

entre el paciente y su entorno. En segundo se hace visible la carencia del paciente, las contradicciones del saber médico-taxonómico, la ineficacia del sistema hospitalero (muy poco hospitalario) y las estrategias del poder económico en torno a la locura. En tercer lugar se delata la instalación sobre definitiva de un discurso de la urgencia sobre la locura, asociado al mito de la “*peligrosidad*” la locura, promovida por la psiquiatría clásica (Kraepelin escribió al respecto “*todo alineado constituye un peligro para sus circundantes y ellos son los inductores de los crímenes contra el pudor, de incendio, de robos, estafas, etc.*”), patologización del criminal y criminalización del loco, sostenida por el discurso social mediante la publicidad y los medios de comunicación, y refutada por la evidencia científica.

Puntualizando:

- El acompañamiento es un *dispositivo* irreductible a una sola disciplina.
- El acompañamiento terapéutico no es algo que se **es** (acompañante terapéutico), sino algo que se **hace** (acompañamiento terapéutico).
- El acompañamiento requiere un contacto regular con el paciente que va articulándose tanto en las presencias como en las ausencias.
- El AT se establece en un espacio complejo e impreciso determinado por la subjetividad del acompañado, que va a estar determinado por la singularidad del vínculo que se establezca y por la estrategia en la que se inscriba el tratamiento.

Acompañamiento como Técnica

La cuestión de la técnica es el punto más conflictivo del acompañamiento terapéutico, y depende mucho desde el punto de vista desde el que se lo aborde. En nuestro caso haremos una compilación de los elementos técnicos básicos, presentes en todo acompañamiento terapéutico.

1) El vínculo

El vínculo, del latín “*vínculum*”, derivado de “*vincere*”, significa atar, lazo, ligadura, algo que une una cosa a otra.

Si bien sería mundialmente reconocido gracias a la Teoría del Apego, desarrollada por John Bowlby en 1979, la paternidad del concepto corresponde a Pichón Riviere, psicoanalista argentino que en 1956, ubica al concepto como unidad última de la Psicología Social y lo define como “una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto”. En este sentido el vínculo no solo es un atributo o una disposición específica (apego) sino que representa un elemento complejo (bi-corporal y tri-personal). En este sentido decimos que lo primero que afecta la enfermedad es la capacidad de establecer un vínculo sano, flexible, adaptativo que transforme y se deje transformar dialécticamente y permita el aprendizaje y facilite la comunicación.

Vemos entonces que el vínculo constituye el objeto y la premisa de la intervención del a.t., sin él no hay acompañamiento posible, en este sentido podemos decir que constituye su campo de intervención.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Quiero destacar que a partir de los últimos estudios basados en la evidencia científica (ver John Read, 2006), sobre la eficacia de los diferentes tratamientos psicoterapéuticos confirman que la calidad de la relación terapéutica es más importante que la técnica utilizada.

2) Encuadre

El encuadre es el marco de referencia que da sentido a la intervención. El encuadre establece las reglas del juego, es en sí un acuerdo entre todos los participantes, que establece las normas que intentarán regular los intercambios sociales, afectivos, temporales, espaciales y económicos.

Por lo general se establece una consigna que intenta sintetizar las diferentes demandas formuladas por las partes, en algunos casos se establecen también objetivos de tratamiento.

3) La función y el rol: enfoque caso por caso

Este es un aspecto fundamental, ya que el enfoque caso por caso supedita el rol del a.t. a la singularidad del vínculo que se establezca con el paciente, y en este sentido es que no se puede hablar de una función del a.t. *a priori*. Si bien algunos autores establecieron ciertas funciones generales en su momento, dado que la función que asuma el a.t. va estar caracterizada por la deriva del

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

tratamiento y la singularidad de sujeto, este tipo de asignaciones *a priori* han sido criticados incluso por los mismos autores que las formularon.

A este propósito, Gabriel Pulice en su libro *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico* plantea que la función del acompañante terapéutico “se irá delineando en relación al despliegue, en el escenario mismo del tratamiento, de la problemática esencialmente singular de cada sujeto”⁸.

Decimos entonces, que la función que adopta el a.t es *situacional*, y está condicionada tanto por los acontecimientos que se van presentando a lo largo del acompañamiento, a estos *acontecimientos*, generalmente sorprendidos, los denominamos **factores transversales**, y los otros factores más estables en el tiempo como el contexto sociohistórico, la estrategia y el encuadre, los denominamos **factores longitudinales**.

Por otra parte sí nos atrevemos a especificar algunas funciones que no debieran ocuparse, y que suelen ser lugares a donde se cae cuando el profesional se sale de la función, si bien desarrollo estas cuestiones en otro lugar, aquí os va una síntesis:

- **Dueño:** el profesional se “apropia” del paciente, afectando la coordinación con el equipo y con otros

⁸ G. Pulice, “*Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico*”, Letra Viva, Buenos Aires. 2011.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

recursos. Se empieza a decir “mi paciente”, “nuestro usuario”, comienza la lucha de poder para saber quien conoce más a (su) usuario.

- **Policía:** vigilar y castigar, autoritarismo por falta de autoridad. Queremos que “declare” o “confiese” su locura. El profesional se vuelve suspicaz, comienza a pensar que el paciente se ríe de él, lo manipula, o lo desprecia.
- **Loco:** por identificación con el paciente, nos damos cuenta de que tenemos con el paciente muchas más cosas en común de lo que parece. Se establece la ilusión de una empatía que impide poner límites a la relación afectando al encuadre. Un ejemplo suele ser la sobre protección del usuario y el enfrentamiento con la familia.
- **Adopción,** vínculo de características maternas, de gran compromiso narcisístico y sobre implicación, se infantiliza al paciente, se lo empieza a llamar con diminutivos o nombres cariñosos, generalmente infantiles, y al grupo de usuarios se los llama “chicos”.
- **Terapeuta:** se olvida la función auxiliar del A.T. y suplantamos al terapeuta, socializando una crítica destructiva de su posición o interviniendo en su lugar.

Se critica en lo privado a quien dirige el tratamiento, pudiendo llegar a dividir el equipo.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

En otro lugar trabajaremos las ansiedades que llevan al acompañante terapéutico a salirse de su función y caer en las posiciones antes descritas. Aquí es fundamental el trabajo en equipo, la supervisión de las situaciones que nos angustian y preocupan, y el propio análisis.

Puntualizando:

- El vínculo es el campo de intervención del acompañamiento terapéutico, su premisa.
- La evidencia científica confirma la importancia de la calidad del vínculo en la efectividad de las psicoterapias y tratamientos farmacológicos.
- El encuadre es la referencia que da sentido al AT.
- En el AT la función del a.t. es *situacional* y depende del *acontecer* cotidiano en el tratamiento, por lo que no se puede determinar *a priori*. De aquí se desprende la flexibilidad del dispositivo para adaptarse a los diferentes acontecimientos.
- Es posible precisar posiciones que destituyen al a.t. de una función terapéutica, esto sucede generalmente por ansiedades que pueden ser trabajadas mediante supervisión y análisis.

ALGUNOS ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS QUE SE DERIVAN DE LO ANTERIOR:

A continuación abordaré algunas cuestiones metodológicas y técnicas, que son importantes a la hora determinar la posición profesional del acompañante terapéutico.

Aspectos Metodológicos

1º Aspecto metodológico

Siempre que se quiera iniciar un trabajo desde esta perspectiva, el profesional debe poder establecer los fundamentos básicos para determinar *qué es lo que puede aprender del paciente*, se trata así de no enfrentarse al caso desde una posición de saber preestablecida, este ejercicio de “humildad”, tiene como fin desobjetivizar al paciente de su lugar de enfermo y ceder el saber acerca de la enfermedad. En síntesis sacarlo de la posición de objeto (de un saber médico o psicoterapéutico) y hacerlo sujeto de deseo.

No debemos olvidar que aunque el foco pase al **vínculo**, en apariencia más simétrico, nunca dejan de estar presentes los elementos de poder que constituyen la relación.

Ese **espacio** “como si” (fuéramos iguales) tiene por objetivo crear un vínculo positivo y de confianza. Este

vínculo será nuestro **espacio** de trabajo. Como decíamos, **el vínculo es el campo de intervención del acompañamiento terapéutico**. Sin vínculo, no hay acompañamiento terapéutico, con lo cual el espacio del acompañamiento terapéutico presenta una *topología* diferencial, es un espacio **entre dos**, no es externo ni interno, no es objetivo ni subjetivo, sino que es el resultado de una relación a lo largo del tiempo, situada en un espacio determinado, al que llamamos: **espacio transicional**, concepto propuesto por Donald Winnicott⁹, para explicar el grado de *extimidad* (externo e interno) que caracteriza el vínculo entre paciente y acompañante, que en muchas ocasiones suele asemejarse al de *amistad*. Puede decirse que entre ambos, si bien no son amigos, se genera una relación de amistad y esto no es perjudicial ni para la relación ni para el tratamiento. No es más que una cualidad más de la relación con la que hay trabajar.

El tema de la amistad suele ser recurrente en los equipos de acompañamiento terapéutico, curiosamente siempre se trata el tema del amigo, pero nunca el del enemigo, muy habitual con pacientes paranoides (o profesionales suspicaces). Nietzsche nos plantea que hay que honrar al enemigo en el enemigo, os dejo la siguiente frase para reflexionar:

⁹ D. Winnicott, *“Realidad y Juego”*, (2000), Gedisa, España.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“Yo y mi están siempre dialogando con demasiada vehemencia: ¿Cómo soportarlo si no existiera un amigo?.

Para el eremita el amigo es siempre el tercero: el tercero es el corcho que impide que el diálogo de los dos se hunda en la profundidad”¹⁰.

Esta cuestión del tercero es fundamental en el acompañamiento terapéutico, pero también en cualquier otro abordaje terapéutico, muchas veces esta función de “corcho”, es el punto de enganche que nos permite intervenir especialmente en casos de psicosis “eremítica”, aunque esta *terceridad* es habitual a todas las relaciones humanas.

2º Aspecto metodológico

La metodología del acompañamiento terapéutico se inscribe dentro de lo que Leonel Dozza define como “*metodología de lo cotidiano*”¹¹. Esta nos indica que debe preservarse el “hábitat natural” del paciente, lo cual incluye mantener sus rutinas, lugares habituales, costumbres y relaciones, intentando no romper la continuidad de su vida cotidiana con elementos artificiales o “terapéuticos”, como instrumentos de medición (test, cuestionarios, etc.) o asumiendo “posturas” o exigiendo “formalismos”, ajenos a su vida cotidiana. Esto demanda

¹⁰ F. Nietzsche, en “Del Amigo”, “*Así hablaba Zaratustra*”. Alianza Editorial, Madrid, 2005.

¹¹ L. Dozza y A. Tarí, Op. Cit.

del profesional una verdadera transformación, tanto estética y postural como ideológica.

3º Aspecto metodológico

El acompañamiento terapéutico instaura un nuevo **tiempo**, un tiempo en el que no debe dejarse penetrar por lo que he llamado *el discurso de la urgencia*. Este refiere a que precisamente la urgencia se presenta en el profesional y en los equipos generalmente como discurso antes que como hecho, esta aligado a la ansiedad de anticipación, pre-ocupación derivada de la dificultad de los equipos de establecer espacios de reflexión y discusión los que los convierte en víctima de agendas despiadadas y múltiples tareas que limitan su capacidad de maniobra y generan la impresión de no poder acometer todas las tareas que se “necesitan”.

Un indicador de esta cuestión es la intromisión de la palabra “necesidad” asociada a las tareas que deben acometerse, esta necesidad establece su propia temporalidad, y repentinamente nos damos cuenta que todo lo que tenemos que hacer es urgente, empezando a generar en equipo y en los profesionales una sensación de impotencia que si no se atiende adecuadamente puede llegar a quebrar o paralizar un equipo.

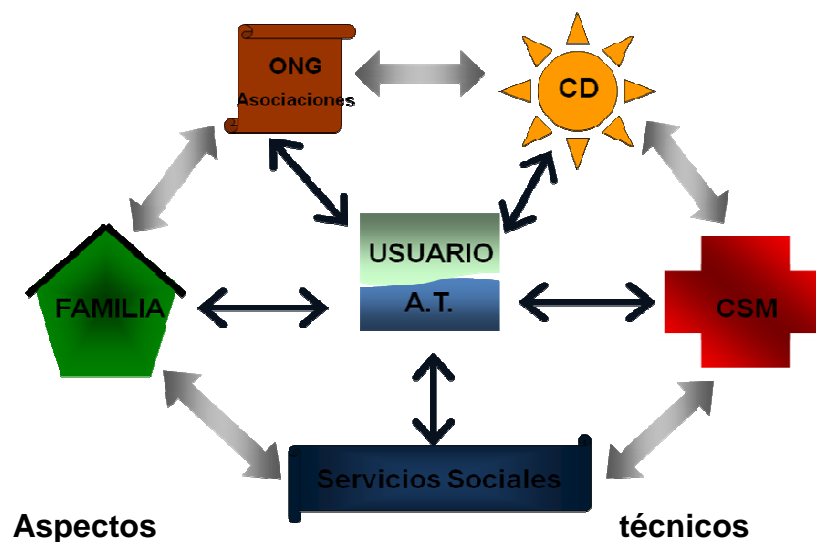
Acompañar no es empujar sino más bien esperar.

La preocupación del acompañante estará menos centrada

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“que hacer” con el paciente, y más en como soportar la repetición de “todos los días lo mismo”.

De aquí se deriva otra de las funciones fundamentales del a.t., la mediación. *Hacer A.T. es hacer política*. El trabajo del acompañante ocupa un lugar “entre” el paciente y su entorno, y el a.t. debe utilizar todas su habilidades para intentar preservar este lugar de las urgencias de las instituciones (familia, instituciones de salud, comunidad) que lo rodean. Su trabajo se verá facilitado si para ello dispone de una estructura mínima conformada por un **equipo de acompañantes**, un **coordinador** y un **supervisor**, que lo apoyen y ayuden a sostener el lugar.



1erº Aspecto Técnico

Sostén o *holding*

La función del *holding*, muy bien trabajada por Kleber Duarte Barreto en *Ética y Técnica en el Acompañamiento Terapéutico*, es “todo lo que, en el ambiente, le proporciona a una persona la experiencia de continuidad, de una constancia tanto física como psíquica”¹², por ejemplo, enlazando vivencias que son vividas como desintegradas o inconexas entre sí. Para ello es necesario que el **at** sea capaz de aportar una presencia, no sólo física sino mas bien *afectiva*, que de la *seguridad* al sujeto para que pueda construir una historia y asignar un sentido a sus vivencias, para ello se requiere adoptar la tranquilidad que aporta saber “*que se hace algo, al no hacer absolutamente nada*”¹³. Volveré sobre este tema.

Caso 1:

Un usuario de 38 años que vivía con la madre, cuando se angustiaba, tenía la reacción automática de gritar a su madre que le trajera lo que le *faltaba* o que le *podía faltar*, estos objetos tenían la propiedad de qué eran consumibles (tabaco, tila, pastillas, etc.) es decir, eran algo *externo* a su cuerpo que satisfacían algo *interno*. Por ello se ponía muy nervioso y le gritaba “vete a buscar”

¹² K. Duarte, “*Ética y Técnica en el Acompañamiento Terapéutico*”, Ed. Sobornost, Sao Paulol, 2005.

¹³ *Ídem*.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

esto o lo otro, y no importaba que sobre la mesa tuviera 14 cajetillas de tabaco abiertas, él siempre quería otra y la madre debía ir a comprársela, nunca estaba satisfecho. Un mecanismo sencillo, similar al llanto de demanda del bebé, con la diferencia de que por su tamaño y postura asustaba a su madre, quien cuando la situación se volvía extrema decidía llamar urgencias, y lo venían a buscar. Cuando esto sucedía, lo visitábamos donde estuviera ingresado, situación que él aceptaba de forma curiosamente fácil, pero de forma disociada, no entendía que hacía allí. Cuestión que vivía con mucho sufrimiento.

Nuestra presencia en ambos espacio colaboró a integrar ambos momentos, intentando poder completar la discontinuidad que se producía en su vida cotidiana, cada vez que era ingresado.

La dinámica con su madre era tan estable y regular, que incluso pudimos empezar a prever los ingresos (el adentro-fuera de sus demandas se repetía en un adentro-fuera de los ingresos). Al principio intentamos evitarlo, pero al ser tan cerrado el ciclo pasamos a “preparar” al usuario para cada ingreso, así como a “prepararlo” para el regreso a su casa. De manera que, si bien no se pudieron evitar los ingresos, estos empezaron a retrasarse y espaciarse en el tiempo, disminuyendo la angustia de ambos, hasta que pudieron cuestionarse

porqué se producían, y cuál era su participación en lo ocurrido.

2doº Aspecto técnico

Sostener una espera

Como en el ejemplo anterior vemos que siempre hay algo que falta, que funda el deseo, pero que en la psicosis se intenta recuperar por diferentes vías: la del *acto* (actos compulsivos, adicciones, etc.), la vía de la *demanda masiva* (relaciones de dependencia, o cargadas violencia) y la vía alucinatoria.

En la manera de lidiar con esta falta es lo que diferencia fundamentalmente la labor del **at** con cualquier otro tipo de intervención.

Intervenciones alternativas, son:

- El fármaco: que intenta disminuir la incidencia de los factores biológicos que actúan en la producción de la angustia.
- El consejo: se trasmite al sujeto , desde una perspectiva psicoeducativa, diferentes técnicas para que él pueda “hacer” algo con su angustia y de alguna manera “controlar” su producción. Otra variante es el intento de racionalizar la situación irracional que vive el sujeto buscando “respuestas” que mitiguen la angustia que lo afecta.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Todos habremos sentido alguna vez la necesidad de intervenir “haciendo algo”, cuando cuanod estamos frente a la angustia de otro o observamos una situación que se repite, como la anterior, tornándose angustiante para la familia y el usuario, pero también para nosotros. En estos casos en que invade la angustia nos vemos compelidos a actuar, esa preparación para la acción suele llamarse *ansiedad*.

“Sostener una espera”, significa sostener, con el cuerpo del *at*, la espera de aquello que falta y angustia al sujeto, y saber contener cierto monto de ansiedad, evitando la irrupción automática.

En los casos que hay una “demanda masiva” (habitual en el tratamiento con pacientes drogodependientes o *a-dictos*): se trata de sostener la demanda, a pesar del rechazo que nos genera el hecho de ser abrumados por otro intrusivo, sin alojándola de esta manera en el seno del vínculo terapéutico, facilitando la creación de una *ilusión* de seguridad, de que la relación no se va a romper, y el sujeto va a quedar abandonado a sus instintos. Aquí el trabajo consiste en acompañar la lenta instauración de una marca, que facilite la *discriminación*, ayudando al sujeto a convertir esa *demanda masiva* en una *demanda distribuida* en otros objetos y personas. Esto supone el paso desde una relación *especular* con el sujeto, donde impera la

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

indiferenciación yo-otro de tipo narcisista, por otra *objetal*, donde el sujeto sea *uno entre otros*. Este proceso es lento y laborioso y depende de la capacidad de sostener (holding) al paciente, como ya explique más arriba.

Caso 2:

Es el caso de F, un paciente psicótico, bastante desorganizado y que habitualmente estaba exaltado, debido a voces que azuzaban una producción paranoide muy florida que le producía gran ansiedad. F no seguía tratamiento alguno, dado que negaba a salir de su casa (desde donde controlaba los designios del mundo) y que su médico se negaba a entrar a casa (por razones similares). Por esta razón, el psicólogo que lo visitaba (y luego los acompañantes) era “el único ser vivo sobre la tierra”, los demás eran “vivos.muertos”. Según sus términos, el mundo estaba habitado por personajes históricos, el equipo de tratamiento, y las “viñetas” en las que estos se subdividían. El paciente llamaba varias veces al día y demandaba una presencia constante. En varias ocasiones hubo que ingresarlo por su estado de exaltación, y se observaba que cada vez que lo venían a buscar se tranquilizaba espontáneamente, dirigiéndose al médico con total propiedad. El ingreso duraba pocos días, y cada vez que volvía se restablecía esta pauta.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Al principio sólo admitía al psicólogo, pero *holding* mediante, se fueron incorporando uno a uno, a cuentagotas, los acompañantes terapéuticos. El primer a.t. pasó a ser “*el secretario*” del paciente, y los demás “*viñetas*” del mismo. El tratamiento duró tres años hasta que se pudieron establecer nuevas pautas que no contemplaran el ingreso. Cada acompañante adquirió una utilidad diferenciada para el paciente (secretario, ocio, estudio, comidas, etc.) y poco a poco fue restableciendo el contacto con su entorno.

Cuando hay presencia de alucinaciones o delirios, la actuación del profesional va a estar determinada por la concepción que tenga de lo que es un síntoma: un efecto del bloqueo del sistema dopaminérgico, una manifestación *trastornada* de una enfermedad mental, una producción de sentido disociada, una manifestación del demonio, etc. Desde un punto de vista ecléctico y pragmático, la cuestión podría formularse en estos términos: *¿qué explicación nos ayuda a acompañar mejor al paciente?*

Si elegimos la opción de que todo síntoma encierra un sentido y que la producción delirante es un mecanismo que protege al sujeto de una vivencia de ruptura del *self* y de la irrupción de un estado caótico mayor, como puede ser la producción alucinatoria, entonces quizás nos

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

interese preguntar al sujeto por ese síntoma, dado que en cierto sentido, ese síntoma nos convoca.

Si pensamos que el delirio es un intento de restituir un sentido perdido o construir uno donde nunca lo hubo, entonces podremos inferir que toda producción delirante no es ajena al sujeto, sino que por el contrario, siempre es convergente con su deseo, aunque estos puedan ser contradictorios e irracionales.

Entonces, la posición del a.t. será la de sostener esta producción, lo que no es lo mismo que estimular sus contenidos. La técnica utilizada aquí, es la de la *escucha flotante*, que consiste en prestar atención a todos los contenidos del discurso del sujeto, evitando tomar partido por uno y otro. Con el tiempo, podremos valernos de aquellas ideas que favorezcan la relación del paciente en su entorno, y obviar todas aquellas otras menos adaptativas.

En el caso que tratamos, se trató captar, vínculo mediante el *interés* del usuario a hacia *interés* por el acompañante. Se fue dando un proceso en el que el a.t., primero fue nombrado *secretario* del paciente, obligándolo, en su presencia, a “tomar nota” de todas sus aventuras mentales, para luego compartir esta actividad *juntos*, y finalmente, poder llevarla a cabo en solitario. Dos años después *la historia del acompañamiento*, podía ser llevada a cabo en bares y confiterías de la zona.

3erº Aspecto técnico.

El manejo corporal o *handling*

El a.t. dispone para realizar su trabajo, de tres herramientas principales: la palabra, la mirada y el cuerpo.

La vínculo que se construye dentro de un marco discursivo, crea una historia, y ubica a los personajes dentro de la escena, otorgándoles un guión que se irá modificando en la medida que la relación avance. Si el pensamiento está constituido de palabras, el edificio que habita el acompañamiento está compuesto también de palabras.

La mirada es un elemento constitutivo del desarrollo humano, mucho antes de disponer de la capacidad de diferenciar los objetos de su fondo, en niño es capaz de seguir con su mirada los ojos de sus cuidadores. Podría decirse incluso que el primer *otro* es un ojo, y que a partir de allí se construye la alteridad y el mundo, *“una mirada es más que mil palabras, son todas”* decía un paciente con el que trabajé hace algunos años, y el juego de mirar o retirar la mirada es una herramienta potentísima a la hora de trabajar con pacientes con enfermedad mental.

La palabra y la mirada son elementos esenciales en toda relación social y terapéutica, podemos decir por lo tanto, que *el acompañamiento terapéutico es también,*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

una experiencia corporal. En el A.T. es fundamental saber *poner el cuerpo*, el cuerpo que acompaña, que aporta sensaciones, ocupa espacios, aporta visibilidades e invisibilidades, pero también asume riesgos y se pone en peligro, situación que recordamos cada vez que entramos en una casa por primera vez.

Caso 3:

Esta experiencia pertenece al Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de Tetuán donde también utilizamos estrategias del acompañamiento terapéutico.

Se trata de G de 48 años, en tratamiento en el Centro de Salud Mental (CSM) y en el Centro de Día (CD) de Tetuán desde hace ocho años. El diagnóstico era “Trastorno dependiente de la personalidad”, y sus síntomas más representativos eran las inhibiciones y los rituales obsesivos, además de su falta de higiene y su tendencia a ser adoptado, y en algunos casos, estafado, por quienes lo rodeasen.

El tema al que se le dedica más tiempo en las coordinaciones de equipo, es a la higiene personal, por los “riesgos biológicos” y las “consecuencias sociales” que su suciedad podía traerle. La cuestión es que G no se baña, no dispone de ducha en su casa, pero tampoco lo hace en el CD, ni en baños públicos, a esto suma que engaña a quienes pretenden “bañarlo” (o supervisar que

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

se ducha) destacándose por su efectividad para aparentar hacer lo que se le pide, a saber, que se bañe.

Lo curioso de la situación es que, si bien su apariencia denota suciedad (ropa sucia semi petrificada, caspa en los hombros, cabello duro y grasoso, y sobre todo un fuerte olor), el no percibe que este mal aseado, incluso dice no percibir el olor que emana de él, lo cual en algún momento hizo pensar en alguna deficiencia del sentido del olfato. No había tal.

Después de 8 años de contratos, acuerdos y pactos (incluso firmados por él), el usuario seguía sin bañarse. Se lo daba por perdido. Se no pidió que interviniéramos.

El equipo actuó de la siguiente forma: durante los primeros meses se trabajó creando un vínculo positivo y de confianza, sin importarnos engaños y estratagemas relacionadas con las consignas con las que él mismo se comprometía con el CSM. De esta manera evitamos quedar atrapados en el círculo vicioso de engaños, y romper la pauta. Por otra parte trabajamos con él como si no oliera mal, lo cual no fue nada fácil, fundamentalmente a la hora de los besos de saludo y despedida.

Implementamos cuatro estrategias principales:

Primero convencimos al equipo del CSM y del CD que para nosotros la higiene era tan importante como

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

para ellos. Esto nos dio tiempo para actuar y mayor maniobrabilidad.

Segundo, en cuanto a la ropa, nos pusimos como modelos y procuramos, sin que él lo supiera, ir bien vestidos a los encuentros, remarcando el placer que producía utilizar ropa limpia o nueva, él mismo nos elogiaba la manera de ir vestidos, dicho de otra manera, utilizamos la *seducción*.

Tercero, la intervención más difícil, procuramos provocar lo más posible el contacto corporal, actuando en espejo y manteniéndonos cerca posible de él, como ya comente más arriba, intentábamos saludarlo, besarlo y abrazarlo de una forma normal, como si no tuviera ningún olor.

La cuarta estrategia se basó en que, en la medida que él fue cambiando sus hábitos higiénicos, re-marcar si el percibía alguna diferencia en el trato de la gente cuando iba limpio que cuando iba sucio. Llegado el momento el pudo decir “la gente se apartaba de mí”.

Trabajar con el cuerpo implica exponerse a golpes, robos, accidentes, pero también a abrazos, besos y alegrías, siempre digo que el acompañamiento es el frente de batalla de la salud mental, todo pasa allí, en el cuerpo a cuerpo, en lo cotidiano. La capacidad de tolerar el riesgo que implica se trabaja, nadie nace con esta habilidad sino que se desarrolla, aunque a algunas

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

personas les resulte más fácil. La expresión corporal, las dinámicas vivenciales, son maneras de enfrentarse de forma segura a las situaciones que luego nos encontraremos en el día a días del acompañamiento terapéutico, otras impredecibles, nos sorprenderán y tendremos que responder con lo que llevamos puesto.

Es importante en estos casos poder disponer de una estructura que nos acompañe: un coordinador, un equipo de trabajo, un supervisor (y si es posible nuestro propio análisis), todo nos ayuda a preservarnos y a poder mantener los límites, que a veces por la presión que supone algunas situaciones, o por querer “darlo todo” como decía un a.t., nos ponemos riesgo tanto físico como psíquico.

4º Aspecto Técnico

“Ser” o “hacer”, este es el dilema

Me parece que el sentimiento más característico del profesional que está formando parte de un acompañamiento terapéutico es el de que “no está haciendo nada”, esta sensación de “no hacer nada” o *alpedismo* como suele decir Gabriel Pulice, es muy interesante porque en primer lugar, no contempla la importancia de lo que se está haciendo, por ejemplo, visitas, diálogos sobre temas cotidianos y a veces, incluso, acompañar el silencio y el tedio de las rutinas del

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

usuario. Pareciera como si el profesional siempre debiera estar “haciendo algo”, AVDs, programas cognitivos, técnicas de rehabilitación, etc., y si revisan en la propia experiencia veréis que compartir un silencio es una de las sensaciones mas gratas que puede aportar un acompañamiento, y que además esto es un índice de confianza y seguridad.

Como veréis, a veces “no hacer” es mucho más difícil que “hacer”. Es verdad que hay situaciones en las que la situación demanda pasar a la acción, sin embargo, estas son las menos frecuentes, y corresponden generalmente a situaciones de crisis.

A esta tensión, Freud la llamó *furor curandis*, y consiste en el deseo de solucionar una situación apaciguando la angustia de paciente y la propia, los beneficios son palpables en el trabajador y consisten en la sensación de “haber hecho bien” o “lo que se puede”, reforzando su lugar como profesional (“su ser profesional”). Por otra parte se aumenta la distancia con sufriente, distinguiéndose el curador del curado.

Terminar, mediante la acción, con la situación angustiante libera al profesional del dolor que le produce estar en presencia del desamparo y del sufrimiento del enfermo, dolor que muchas veces escondemos al punto de pensar que no existe o atribuirlo a otra causa, “no es el

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

paciente el que me pone triste, es este trabajo que me agobia”.

En una relación *entre* dos, el sufrimiento también es *entre* dos, y el profesional está expuesto a ese dolor constantemente, lo cual se traduce en impotencia o bien en reforzar un *discurso de la urgencia*, que ya está presente tanto en el paciente como en su contexto. Así es que, para nosotros, se vuelve urgente “hacer” determinadas cosas para el usuario. La experiencia nos muestra que generalmente todos somos prescindibles, y si no hacemos eso que *debíamos hacer* tampoco las consecuencias son tan nefastas. A veces inter-venir puede ser mas una interrupción que un apoyo, esto generalmente es así cuando actuamos sin que nos lo pidan.

Para el acompañante “el acompañar” es el primer objetivo, dentro de este “acompañar” se introducen las técnicas descritas. *Acompañar significa compartir* (del griego *cum panis* compartir el pan), se comparten las situaciones felices como las angustiantes, por eso aquí lo importante es *estar-ahí-junto-con-el-sujeto* que sufre, sin interrumpir, ni interpretar la situación, como dice el dicho popular “el que calla otorga”, y lo que se le otorga aquí a quien padece, es la posibilidad de, a través de la figura del acompañante, apropiarse de sus afectos, vivencias y de las consecuencias de las mismas.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

De lo que se trata entonces, es de analizar “qué es lo que se está haciendo”, las pequeñas cosas, y sistematizarlas, una verdadera *clínica del detalle*, convertirlas en material de trabajo, un saludo, un abrazo, un regalo, un café en el bar, mirar la televisión, detalles que al parecer no son intervenciones concretas, pero que una vez sistematizadas se convierten en tales, *intervenciones que se caracterizan por mimetizarse con lo cotidiano* y que por ser “normales” pensamos que no son técnicas.

Un acompañamiento terapéutico esta hecho de detalles: una mirada, caminar al lado o delante, abrir la puerta primero o después, las intervenciones son quirúrgicas, pero solo si el profesional es capaz de dar cuenta de ellas.

Si los esquimales son capaces de diferenciar diez tipos de blanco, donde el lego solo ve uno, entonces el acompañante terapéutico es un esquimal, trabajando de encubierto.

Caso 4:

Se trata de M, una paciente de 21 años con varios intentos de suicidio, con la que trabajé hace muchos años. Recuerdo que el riesgo era tal, que se había pautado un acompañamiento “cuerpo a cuerpo” las 24hs. Esto

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

significaba, que el paciente debía estar siempre a la vista del acompañante.

Entre las consignas acordadas, estaba que ella debía dormir con las muñecas a la vista por el riesgo a que intentase cortarse las venas con sus uñas. Al parecer, ya había ocurrido esto anteriormente.

Este acompañamiento se caracterizaba por la repetición de escenas de “riesgo inminente”, y amenazas por parte de la paciente, que terminaban por provocar en el equipo tratante, un alto monto de angustia y preocupación, que luego se expresaban en contradicciones a la hora de decidir cómo actuar frente a estas situaciones.

A estas alturas, se me ocurrió que para facilitar su sueño, podía leerle a M cuentos cada noche, y así aligerar el tedio y la preocupación que nos invadía. El clima nocturno de tensión cedió a un espacio agradable donde compartir historias que nos gustaban a ambos. Por la mañana, otra acompañante la despertaba cariñosamente con dos besos, y con el tiempo, nos dimos cuenta de que sólo se producían los intentos de suicidio y las amenazas, cuando M era despertada por algún miembro del equipo que desconocía este ritual.

El equipo fue dándose cuenta de la efectividad de este “código de detalles”, y los intentos y las amenazas dejaron de producirse definitivamente. Se valoró disminuir

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

la pauta de riesgo y M empezó a retomar actividades de su vida cotidiana, hasta que los padres decidieron cambiarla de centro. Durante el tiempo posterior a su salida del recurso, el equipo recibió correos de la paciente, agradeciendo cada uno de los detalles realizados por los acompañantes e incluso de algunos, que nunca nos habíamos dado cuenta.



**TARANTÃO, MEU PATRÃO...: VICISSITUDES DO
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)**
Kleber Duarte Barretto

BARRETTO, Kleber Duarte. Tarantão, meu patrão...: vicissitudes do Acompanhamento Terapêutico. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



O conto “– *Tarantão, meu patrão...*” de João Guimarães Rosa (JGR) apresenta aspectos importantes da experiência e das vicissitudes do AT. A relação entre acompanhado e acompanhante, suas aventuras, encontros e desencontros entre si e figuras-pessoas que surgem em suas caminhadas podem ser reconhecidas nesta estória de Rosa. Nessa perspectiva, apresentarei trechos do conto e a situação de acompanhamento terapêutico em diálogo, buscando dessa forma um modo de nos acercarmos da problemática de nosso campo.

Um velho fazendeiro caduco decide matar seu médico: o Magrinho, seu sobrinho-neto. Um empregado da fazenda que é encarregado de sempre acompanhar o patrão vê-se em grandes apuros. Rumo à cidade, passa a

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

recrutar um bando de desocupados, ciganos e jagunços, que acatam sua liderança devido ao seu carisma natural. Já na cidade, no momento de “dar batalha”, Tarantão percebe que era dia de festa: era aniversário de uma das filhas do sobrinho-médico. Depois do susto inicial, provocado pela invasão de tão estranho "exército", vem o alívio quando o velho discursa, expressando seu apreço pela família e pelos novos amigos, arrebanhados ao longo da última cavalgada. Tarantão desiste do crime e aproveita a festa com todos seus jagunços e familiares.

“...Vi o que era. E, pois. Lá se ia, se fugia, o meu esmarte Patrão, solerte se levantando da cama, fazendo das dele, velozmente, o artimanhoso. Nem parecesse senhor de tanta idade, já sem o escasso juízo na cabeça, e aprazado de moribundo para daí a dia desses, ou horas ou semanas. Ôi, tenho de sair também por ele, já se vê, lhe corro todo atrás.”

De repente tudo se atropela em urgências. Escasso juízo em cabeça idosa determinando ritmos coriscados logo pela manhã. O AT é também muitas vezes um correr atrás do outro. No acompanhamento terapêutico, não temos a proteção de um enquadre de consultório, no qual os participantes podem decidir encontrar-se em um determinado lugar e hora. Nessa modalidade de intervenção clínica, o encontro se dá, mais

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

freqüentemente no horizonte do *surpreender-se*¹. A questão da alteridade muito cedo se coloca para ambos e não poucas vezes, a disponibilidade do acompanhante se dá em trânsito. Freud utilizando-se do jogo de xadrez para discutir o modo de se estabelecer uma relação analítica nos diz:

“Todo aquele que espere aprender o nobre jogo do xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo. Esta lacuna na instrução só pode ser preenchida por um estudo diligente dos jogos travados pelos mestres.” (FREUD, 1913, p.164).

Como iniciar o jogo, quando o que se impõe é o movimento de xeque mate. É por esse vértice que podemos dizer que a prática do acompanhamento terapêutico coloca de imediato a necessidade de o profissional dispor-se em direção ao seu paciente de um modo profundamente implicado, trazendo à tona a perspectiva na clínica de responsabilizar-se pelo acompanhado, antes mesmo de se ter estabelecido um vínculo de trabalho. O acompanhante situa-se na faceta ética originária da responsabilidade.

¹ Surpreender-se se relaciona ao acolhimento da alteridade e da instabilidade da condição humana.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“De fato, trata-se de afirmar a própria identidade do eu humano a partir da responsabilidade, isto é, a partir da posição ou da de-posição do eu soberano na consciência de si, deposição que é precisamente a sua responsabilidade por outrem. (...) Tal é a minha identidade inalienável de sujeito.” (LEVINAS, 1988, p. 93).

Acompanhar é uma modalidade de intervenção clínica que como diz Safra (2006) nos coloca assentado na memória do humano².

“...: *obrigações de meu ofício*. – Ligeiro, Vagalume, não larga o velho!”

Consciência das tarefas ligadas ao trabalho e prontidão aos comandos de bons e clarificados tons: *não larga o velho!* Buscar se chegar ao acompanhado, estar ao seu lado, não arredar pé, não largar o outro que se desembesta pelo mundo. Nos primórdios do AT, no início da década de 60 na Clínica Pinel em Porto Alegre-RS criou-se a função do atendente psiquiátrico que deveria estar junto do paciente em todas as suas atividades, logo apelidaram este trabalhador de atendente grude! Ressonância apresentada por Rosa.

“*Me encostei nele, eu às ordens.*” Um apresentar-se ao outro colocar-se em disponibilidade. “*Me olhou mal, conforme pior que sempre.* – ‘Tou meio precisado de nada...’ – *me repeliu, e formou para si uma cara, das de*

² Acompanhar na visão de Safra não é só uma modalidade de intervenção clínica, mas é demanda originária da condição humana. O humano acontece pela companhia do outro.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

desmamar crianças.” Oferecer-se, postar-se ao lado do outro e muitas vezes ser refutado repelidamente com cara de mal-me-querer³. *“Concordei. Desabanou a cabeça. Concordei com o não. Aí ele sorriu, consigo meio mesmo.”* Sem carência de aperrear-se, acompanha na concordância das negativas discordantes do Patrão. *“Mas mais me olhou, me desprezando, refrando: – ‘Que, o que é, menino, é que é sério demais, para você, hoje!’* Na recusa e desprezo desenha-se o cuidado com o outro. *“Me estorvo e estranhei, pelo peso das palavras.”* Pressente-se a gravidade do caso que se avizinha. *“Vi que a gente estávamos era em tempo-de-guerra, mas com espadas entortadas...”*

Inúmeras vezes pelo fato de que o paciente não ter tido a oportunidade de estabelecer um gesto criativo que inaugurasse a possibilidade da inscrição da singularidade de si no mundo, o anseio acontece pelo não, pela recusa⁴. Nesse tipo de situação será fundamental que o acompanhante possa acolher o gesto de recusa, para que o acompanhado sinta-se reconhecido. A esse respeito Safra (2004) afirma:

“Compreender o ser humano como ser criativo é compreendê-lo como ser que acontece por meio do

³ Desde os trabalhos de Winnicott com a questão da agressividade, reconhece-se que recusar o outro é a possibilidade de vir a aceitá-lo em tempo e modo próprio.

⁴ Idem.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

gesto e que acontece em meio à liberdade, que em si mesma pode ser terrível. O gesto acontece entre homens, no mundo e pela ruptura do mundo.” (p.59).

Selaram não os cavalos costumeiros, mas os mais brabos da fazenda, na verdade, *esconhecidos* e *amaldiçoados*, os que se apareceram por lá e pegados para se saber *de quem fosse que sejam*. “*Obedeci, sem outro nenhum remédio de recurso; para maluco, maluco-e-meio, sei. O velho me pespunha o azul daqueles seus grandes olhos, ainda de muito mando delirados... Fez fabulosos gestos. Ele estava melhor do que na amostra.*”

Como tudo galopava para tempo-de-guerra as montarias tinham de ser as mais selvagens possíveis! A percepção e a consciência de que a empreitada é uma grande maluquice não impede que Vagalume obedeça⁵.

“*Mal pus pé em estrivos, já ele se saía pela porteira, no que esporeava. E eu – arre a Virgem – em seguimentos.*”. Neste primeiro momento, trata-se mais de um alcançar e um seguir para não perder de vista... às vezes o AT tem sido traduzido para a língua inglesa como *therapeutic follow-up*...mas temos de reconhecer que os campos semânticos dos verbos seguir e acompanhar são

⁵ A situação de acompanhamento demanda que o clínico se disponha a enfrentar o imprevisível e o selvagem. Na medida em que o acompanhante não tem a proteção do enquadre utilizado no consultório, necessita ter o enquadramento em sua interioridade. É nesse vértice que a memória das facetas éticas originárias como propostas por Safra, possibilita que o clínico possa enfrentar situações de grande instabilidade.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

bastante distintos. Cruzam-se é certo, mas estão longe de coincidirem, distintos segmentos. Eles como que assinalam a experiência fenomenológica daquele que tenta acompanhar. Esta empreitada de Vagalume se inicia com seguimentos para mais tarde desaguar em acompanhamentos. “Alto, o velho, inteiro na sela, inabalável, proposto de fazer e acontecer. O que se ser um descendente de suma grandezas e riquezas – um lô João-de-Barros-Diniz-Robertes! – encostado, em maluca velhice, para ali, pelos muitos parentes, que não queriam seus incômodos e desmandos na cidade.” Os desvarios e desatinos da velhice de lô João causariam muitos transtornos aos parentes na cidade⁶. “E eu, por precisado e pobre, tendo de agüentar o restante, já se vê, nesta desentendida caceteação, que me coisa e assusta, passo vergonhas.” Vagalume, não tem muitas opções, pois precisa do trabalho, neste emprego de agüentar as diabruras de patrão avançado em idade. Muitas vezes no AT passamos por situações que nos constroem e nos envergonham⁷.

⁶ O enlouquecimento não acontece só no indivíduo, ocorre também como perturbação no meio familiar, razão pela qual muitas vezes os familiares desejam que o paciente seja internado para que não sejam colocados em instabilidade.

⁷ O clínico precisa estar sustentado pela memória da ética e pela rede que o ampara para que realize o seu trabalho. Essas possibilidades permitem que possa suportar a insalubridade das situações que colocam o seu narcisismo e o seu sentido de dignidade em questão.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

A possibilidade de sustentar situações desse tipo demanda que o Acompanhante possa posicionar-se em facetas fundamentais da condição humana. Como suportar o desalojamento que o acompanhar pode trazer ao profissional? Como podemos ver o procedimento clínico denominado acompanhamento terapêutico, coloca o profissional em situações limites, que são serão suportados se for possível ao clínico encontrar a sustentação necessário na disponibilidade persistente (acompanhante grude) em auxiliar o paciente a encontrar o seu devir.

Nas palavras de Safra essa situação pode ser compreendida como:

“Solidariedade e amizade significam aqui um princípio ético fundamental, só possível quando estamos realmente humildes (voltados ao húmus-terra), situação que ocorre ao estarmos nus de qualquer onipotência. Então compreendemos que a nossa biografia é diferente da de nosso paciente, mas somos companheiros de viagem pelas intempéries da existência.” (2004, p.147).

“– ‘Ei, vamos, direto, pegar o Magrinho, com ele hoje eu acabo!’ – *bramou, que queria se vingar. O Magrinho sendo o doutor, o sobrinho-neto dele, que lhe dera injeções e a lavagem intestinal.* – ‘Mato! Mato, tudo!’ – *esporeou, e mais bravo. Se virou para mim, aí deu o grito, revelando a causa e verdade:* – ‘Eu ‘tou solto, então sou o demônio!’ *A cara se balançava, vermelha, ele era*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

claro demais, e os olhos, de que falei. Estava crente, pensava que tinha feito o trato com o Diabo!” E o propósito de tanta pressa se revela: vingança e morte! Estava mais que enfezado com sobrinho-neto doutor...autor de injeções e outros incômodos maiores e mais sérios. Então, o velho se achando livre, leve e solto, se cria o próprio Demo! Assim solto, queria ir pra cidade, pra rua, pra criar *redemunho* e buruçu! Em nosso trabalho clínico, inúmeras vezes observamos que para aquele em que o si mesmo, não se constituiu de um modo em que poderia ser reconhecido e sentir-se real, busca na identificação com o Mal, vivido como potencia, a possibilidade de sentir-se vivo e de inscrever o seu gesto no mundo⁸. Limite estreito ente acompanhar o paciente na tentativa de inserir o seu gesto no mundo com a testemunha do outro e, ao mesmo tempo, contornar a situação para que a aventura não aconteça de um modo que poderia colocar o acompanhado, o acompanhante e os outros em risco excessivo.

“P’r’onde vou? – a trote, a gente, pelas esquerdas e pelas direitas, pisando o cascalharal, os cavalos no bracear. O velho tendo boa mão na rédea. De mim, não há de ouvir, censuras minhas. Eu, meus mal-estares.” Apesar de perceber os disparates Vagalume não censura

⁸ Aspectos abordados por Safrá (2008) em discussões da obra de Rosa no LET-Laboratório de Estudos da Transicionalidade.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

e não reprime o velho Patrão. Vejamos como define seu trabalho: *“O encargo que tenho, e mister, é só o de me poitar perto, e não consentir maiores desordens.”* O mais necessário é estar por perto, acercado o bastante pra evitar e impedir os excessos de riscos⁹. *“Pajeando um traste ancião – o caduco que não caia! De qualquer repente, se ele, tão doente, por si se falecesse, que trabalhos medonhos que então não ia haver de me dar? Minha mexida, no comum, era pouca e vasta, o velho meu Patrão me danava-se.”* A coisa parece simples, pouca, mas é vasta e complicada, trabalhadeira danada. *“Me motejou: – ‘Vagalume, você então pensa que vamos sair por aí p’ra fazer crianças?’ A voz toda, sem sobrossos nem encalques.”* E ainda com requintes de sarcasmos o velhinho: aludindo que o outro se ilude com farras e lambanças...Aventura clínica desatinada, na qual revisitamos no cotidiano as cavalgadas de Dom Quixote e Sancho Pança¹⁰.

⁹ Perspectiva freqüente na situação de acompanhamento terapêutico. Na medida em que esse tipo de trabalho clínico acontece no mundo, muitas vezes em espaços públicos, é necessário que o clínico esteja por perto para proteger o paciente de riscos excessivos que poderiam advir de suas ações, para que venha ter experiências significativas e curativas.

¹⁰ No livro *Ética e Técnica do Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*, abordei algumas funções fundamentais exercidas pelo acompanhante. Nesse trabalho, estou interessado principalmente de focar a registro ético no acompanhamento terapêutico.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“Tão sambanga se trajando?... Um de espantos! E, ao menos, desarmado, senão que só com uma faca de mesa, gastada a fino e enferrujada – pensava que era capaz, contra o sobrinho, o doutor médico: ia pôr-lhe no peito os punhal! – feio, fulo. Mas, me disse, com o pausar: – ‘Vagalume, menino, volta, daqui, não quero lhe fazer enfrentar, comigo, riscos terríveis.’” Já disse o dito: quem avisa, amigo, né? Prosseguem os gestos de cuidado, tentativas de convencimento.

Expansão da dupla, alargamento do grupo¹¹ se inicia:

Eis que: *“... um incerto homem, desconfioso e quase fugidiço, em incerta montada... e o velho interceptando: “– ‘Mal lhe irá!’ – gritou altamente. Aproximou seu cavalo, volumou presenças...O velho achando que esse era um criminoso! – e, depois, no Breberê, se sabendo: que ele o era, de fato, em meios termos. Isto que é, que somente um Sem-Medo, ajudante de criminoso, mero.”* Com este membro o grupo vai ganhando periculosidade.

“–‘Ai-te!’ – o velho... –‘Pague o barulho que você comprou!’ – o intimava. O ajudante-de-criminoso ouviu, fazendo uns respeitos, não sabendo o que não adiar. Aí, o

¹¹ Inúmeras vezes em nosso trabalho, contamos com a participação de uma comunidade mais ampla na realização de nosso trabalho. Muitas vezes em determinadas situações temos a participação na intervenção de pessoas nas ruas ou ambientes nos quais realizamos o nossa atividade com o nosso acompanhado.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

velho deu ordem: – ‘Venha comigo, vosmicê! Lhe proponho justo e bom foro, se com o sinal de meu servidor...’ E ...É de se crer? Deveras. Juntou o homem seu cavalinho, bem por bem vindo em conosco. Meio coagido, já se vê; mas, mais meio esperançado.” Mais um que arranjado em temporário emprego, ou melhor, serviço avulso repentino, só *frilance!*

A precariedade dos dispositivos clínicos é habitual no acompanhamento terapêutico. A questão fundamental é a possibilidade do acompanhante de tomar o evento precário e desatinado e torná-lo meio pelo qual ele possa vir a ser veículo de uma possível experiência no registro da transicionalidade. Isso é conseguido quando podemos ajudar o paciente a destinar a situação que o atravessa e que o enlouquece. No caso da loucura, partir de lugar nenhum para chegar a lugar algum. Cavalgar pelas terras do impossível em busca de um devir. Nas palavras de Deleuze (1997):

“Um devir não é uma correspondência de relações. Mas tampouco ele é uma semelhança, uma imitação e, em última instância, uma identificação. (...)O devir não é uma evolução, ao menos uma evolução por dependência e filiação. O devir nada produz por filiação; toda filiação seria imaginária. O devir é sempre de uma ordem outra que a da filiação. Ele é da ordem da aliança.” (p.156 - 157)

Não seria essa aliança algo da ordem da solidariedade? Ou da amizade, compreendida em seu

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

registro ontológico? Como assinalamos acima, *solidariedade e amizade significam aqui um princípio ético fundamental, só possível quando estamos realmente humildes (voltados ao húmus-terra), situação que ocorre ao estarmos nus de qualquer onipotência.* (Safra, 2004, p.147)

“... Aquilo tudo, já se vê, expunha a desarrazoada loucura. O velho, pronto em arrepragas e fioscas, no esbrabêjo, estrepa-e-pega. No gritar: – ‘Mato pobres e coitados!’ Se figurava, nos trajos, de já ser ele mesmo o demo, no triste vir, na capetagem?” O caldo vai se engrossando com ameaças, sabe-se lá se são bravatas ou se no todo são as coisas seguindo os desígnios do demo mesmo?!¹²

“Só de déu e em léu tocávamos, num avante fantasmado. O ajudante-de-criminoso não se indo, e eu ainda mais esquivançando.” Neste vai-não-vai acabam indo, prosseguindo. *“Nisto, o visto: a que ia com feixinho de lenha, e com a escarrapachada criança, de lado, a mulher, pobrepérrima. O velho, para vir a ela, apressou macio o cavalo. Receei, pasmado para tudo.”* Se o decreto era matar pobres e coitados, já toparam a vítima primeira, se vê, nela todos os quesitos. *“...Se bem que as*

¹² Nunca sabemos qual será o destino dos eventos que se descortinam em nossas intervenções. A fé na possibilidade de um devir torna-se vertente fundamental para que o trabalho possa acontecer de modo satisfatório.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

coisas todas foram outras. O velho, pasmosamente, do doidar se arrefecia. Não é que, àquela mulher, ofereceu tamanhas cortesias? Tanto mais quanto ele só insistindo, acabou ela afinal aceitando: que o meu Patrão se apeou, e a fez montar em seu cavalo. Cuja rédea ele veio, galante, a pé, puxando. Assim, o nosso ajudante-de-criminoso teve de pegar com o feixe de lenha, e eu mesmo encarregado, com a criança a tiracolo. Se bem que nós dois montados; já se vê? – nessas peripécias de pato.” Reviravolta geral: surpresa das melhores. Temor de atrocidade mortífera não se confirma. Do caixão à cela do cavalo: a *pobrepérrima* tratada *reginamente*. Tudo transformado em boa ação caritativa: solidariedade diante das precariedades do outro!¹³ Tudo em rédeação! Apesar de que ela o destino alcançou *menos agradecida que envergonhada...* Mas o mar estava pra muitos peixes: “... Mas, veja um, e reveja, em que às vezes dá uma boa patacoada. Por fato, que, lá, havia, rústico, um ‘Felpudo’, rapaz filho dessa mulher. O qual, num reviramento, se ateou de gratidões, por ver a mãe tão rainha tratada. Mas o velho determinou, sem lhe dar atualmentes nem ensejos: – ‘Arranja cavalo e vem, sob minhas ordens, para grande vingança, e com o demônio!’ Advirto, desse

¹³ Essa é a situação que vivemos em nosso ofício quando se torna possível a destinação da condição que tínhamos que enfrentar. Por meio dessa experiência, o acompanhado alcança uma melhor possibilidade de inclusão e o acompanhante sai enriquecido e com maior experiência clínica.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Felpudo: tão bom como tão não, da mioleira.” Será que a questão é da ordem, ou melhor, da desordem da mioleira? Ou será que o fogo da gratidão gratinou-lhe o coração? Na obediência: pronto para vingança e acompanhado do Ó!

A experiência clínica no acompanhamento terapêutico nos mostra que aquele que é vem a ser cuidado pelo vértice do reconhecimento e da solidariedade, reencontra em sua interioridade a possibilidade de vir também a encontrar o outro no registro ético. Winnicott afirma que:

“A mãe não impede que a criança tenha idéias de destruição e assim permite que a culpa inata se desenvolva segundo seu próprio rumo. É a culpa inata que esperamos ver surgir com a evolução da criança e pela qual estamos dispostos a esperar; a moralidade imposta nos aborrece.” (1949, p.123).

Nessa perspectiva a moralidade emerge da experiência de cuidado ao longo do tempo, quando é possível acolher a fantasia de destrutividade do outro.

“Se o que seja. Se boto o reto no correto: comecei a me duvidar. Tirar tempo ao tempo. Mas, já a gente já passávamos pelo povoadinho do M’engano, onde meu primo Curucutu reside.” Na dúvida é melhor esclarecer *pamodi* evitar enganos: *“ Cujo nome vero não é, mas sendo João Tomé Pestana; assim como o meu, no certo, não seria Vagalume, só, só conforme com agrado me*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

tratam, mas João Dosmeuspés Felizardo.” Parece até predestinado pelo batismo, vacacionado para as boas andanças, de *répiendi* sobrenome. “*Meu primo vi, e a ele fiz sinal. Lhe pude dar, dito: – ‘Arreia alguma égua, e alcança a gente, sem falta, que nem sei adonde ora andamos, a não ser que é do Dom Demo esta empreitada!’*” E não é que o primo topou a demoníaca empreitada?! O acompanhante só pode estar em situação clínica de tal delicadeza porque está sustentado pela rede clínica e social que possibilita o seu trabalho. É nessa perspectiva que podemos reconhecer que a ação clínica do acompanhamento terapêutico se dá em comunidade, em *sobornost* como diria Safra (2004) acompanhando-se de Berdayev:

“A pessoa humana realiza-se somente em comunidade com outras pessoas, na comunalidade (Communautŭ, Gemeinschaft). A pessoa não pode realizar a plenitude de sua vida quando trancada dentro de si. O homem não é somente um ser social e não pode pertencer inteiramente à sociedade, ele é **também** ser social... É necessário fazer uma distinção entre a comunalidade (Communautŭ, Gemeinschaft) e sociedade. A comunidade (comunalidade) é sempre um encontro da pessoa com pessoa. O eu com o tu em um nós. Na autentica comunalidade não há nenhum objeto, porque uma pessoa nunca é um objeto, mas é sempre um tu... Sobórnost é o nós existencial. Sobórnost, racionalmente, não pode ser expresso como um conceito, não está sujeito a objetivação. A objetivação de Sobórnost o transforma em uma sociedade, provavelmente até em um estado.” (Berdaiev, 1936).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

– *“Eu acabo com este mundo!”* Segundo decreto mortal!: só que desta vez um pouco mais abrangente!

Mais um povoado se alcança: “O arraial do Breberê...O vento tangendo, para nós, pedaços de toques de sinos...E uns foguetes pipoquearam, nesse interintintim, com no ar azuis e fumaças. O Patrão parou a nós todos, a gesto, levantando envaidecido: - “Tão me saudando!” – ele se comprouve, do a-tchim-pum-pum dos foguetes, que até tiros. Não se podia dele discordar.” Melhor continuar na toada da concordância, inda mais em circunstância retumbante, carece mais é de manter os artifícios¹⁴.É nessa viagem que um devir talvez seja possível.... *“Nós: o ajudante-de-criminoso, o Felpudo filho da pobre mulher, meu primo Curucutu; e eu. Por ofício.”* Na empreitada o grupo, por misteriosos acasos se encorpando. A rede intersubjetiva, vaia pouco a pouco que nossos personagens possam ir encontrando a sua inserção na comunidade humana, condição fundamental para a superação de adoecimento tão profundo. Nas palavras de Safra (2004) *qualquer situação que fratura ou impeça Sobórnost, adoece o ser humano.* (p.42). A re-inserção na comunidade humana é necessária para que a

¹⁴ A clínica demanda que muitas vezes o acompanhante entre em uma relação subjetiva com o seu acompanhado, de modo que o paciente possa experimentar a continuidade entre o si e o outro. Como ensina Winnicott da ilusão para a desilusão. Da experiência na realidade subjetiva para o alcançar a alteridade.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

superação de uma situação de enlouquecimento possa ser acolhida.¹⁵

“... Porém, durante esse que-o-quê, o padre, à porta da igreja, sobrevestido se surgia. O velho caminhou para o padre. Caminhou, chegou, dobrou joelho, para ser bem abençoado; mas, mesmo antes, enquanto que em caminhando, fez ainda várias outras ajoelhadas: – ‘Ele está com um vapor na cabeça...’ – ouvi mote que glosavam.” Cada um soprando a gênese do desatino, prostrando-se diante de uma sua teoria.¹⁶ *“O velho, circunspecto, alto, se prazia, se abanava, em sua barba branca, sujada – ‘Só saiu de riba da cama, para vir morrer no sagrado?’ – outro senhor perguntava.”* Espaço para dúvida do fim certo e consagrado: o encontro com o Infinito Absoluto da morte. Mas este que pergunta estranho não era: *“O que qual era um “Cheira-Céu”, vizinho e compadre do padre. Mais dizia: – ‘ A ele não abandono, que devo passados favores à sua estimável família.”* Mais um inflamado pelas dívidas de gratidão ao ancião e sua família! *“Ouvio-o o velho: – ‘Vosmicê, venha!’ E o outro, baixo me dizendo: – ‘Vou, para o fim, a segurar na vela...’ – assentindo.”* Sim, até que a morte nos

¹⁵ É aqui que o trabalho clínico no mundo possibilita que haja grande número de experiências em que o paciente sinte-se em meio a uma rede que o sustente de modo comunitário.

¹⁶ O enlouquecimento acontece como sem sentido. É modo habitual de tentativa de lidar com esse tipo de situação tentar encontrar explicações sobre a loucura.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

separe. Cheira-céu segura a vela e não solta o leme da promessa. Bandeou-se ao grupo um tal Jiló, mais por ganâncias de prata que qualquer outra substância. A promessa, rerepresenta a fidelidade, a confiabilidade, elemento importante que necessita ser encontrado para manejar-se as agonias impensáveis inerentes ao enlouquecimento. Dimensão igualmente importante no estabelecimento do sentido do si mesmo do bebê. Winnicott nos ensina:

“A capacidade que a mãe tem de ir ao encontro das necessidades, em constante processo de mutação e amadurecimento, deste bebê permite que sua trajetória de vida seja relativamente contínua; permite-lhe, também, vivenciar situações de não-integração ou relaxadas, a partir da confiança que deposita na realidade do fato de o segurarem bem, juntamente com fases reiteradas da integração [nos momentos de excitação e encontro do objeto] que faz parte da tendência inata ao crescimento. O bebê passa, então, com muita facilidade da integração ao conforto descontraído da não-integração e o acúmulo dessas experiências torna-se um padrão e forma a base para as expectativas do bebê. Ele passa a acreditar na confiabilidade dos processos internos que levam à integração em uma unidade.” (Winnicott, 1963, p. 86).

O tom paroquial prosseguiu “...*O padre tranqüilizou, com outra benção e mão beijável. Já menos me achei: – Lá se avenha Deus com seu mundo...*” Agora as hostes celestiais se juntando: o demo que se cuide!

No caminho toparam com acampamento de ciganos. Depois de breve interregno:

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“... – ‘ À p’r’a-parte! Cruz, diabo!’ *Mas o velho convocou; e um se quis, bandeou com a gente. O cigano Pé-de-moleque; para possíveis patifarias? Me tive em admirações....* O grupo se encorpa ainda mais e pouco adiante mais um: Barriga-Cheia. “...*Já me vejo em adoidadas vantagens?*” E na dúvida: tudo se avantajando entre partida e destino.

“*Assim a gente, o velho à frente – tiplóco..t’plóco....t’plóco... – já era cavalaria...Eu via o velho, meu Patrão: de louvada memória maluca, torre alta.*” E era Cavalaria das Andantes, com torre alta e moinho ao vento! Mais um decreto mortal e este mais afim com os nobres ideais da andante cavalaria:

“– ‘Mato sujos e safados!’ – o velho. *Os cavalos, cavaleiros. Galopada. A gente: treze...e quatorze. A mais um outro moço, o ‘Bobo’, e menos um ‘João Paulino’. Aí, o chamado ‘Rapapé’, e um amigo nosso por anônimo; e, por gostar muito de folguedos, o preto de Gorro-Pintado. Todos vindos, entes, contentes, por algum calor de amor a esse velho.*” Agora sim grupo entificado completo, movendo-se por alguma outra chama que se ascendeu...gora sim a acompanhar e não apenas seguindo.¹⁷ “*A gente retumbava, avantes, a gente queria*

¹⁷ Na situação de enlouquecimento torna-se vital um tipo de abordagem na qual uma rede de trabalho possa ser constituída. Essa perspectiva não é vista aqui só como procedimento clínico, mas

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

façanhas, na espraiança, nós assoprados.” Tal é o dito: o Espírito sopra onde quer! *“A gente queria seguir o velho, por acima de quaisquer idéias.”* Acompanhá-lo pra além de ideologias e interesses. *“Era um desembaraçamento – o de se prezar, haja sol ou chuva. E gritos de chegar ao ponto: – ‘mato mortos e enterrados!’ – o velho se pronunciava.”* Então a redundância, a morte em pleonasma reafirmando-se. A morte do que já não é acaba sendo?

É fundamental a possibilidade de se descortinar um destino para o acompanhado e acompanhante. O destino posiciona uma utopia no futuro, possibilitando a sustentação da esperança. A esse respeito Safra (2006) assinala:

“Há um movimento no ser humano que se relaciona ao anseio do fim (Telos). É a esperança da realização de si, da atualização daquilo que não foi, para que se possa vir a ser. Denomino este anseio de Desejo de Ser. O Desejo de Ser não deve ser confundido com o desejo como apresentado na literatura psicanalítica. Desejo de Ser é o desejo de realizar aquilo que se é, ou em outras palavras é o pressentimento de si mesmo. No momento em que a realização acontece temos a possibilidade de constituição dos fundamentos de si ou de facetas de si mesmo.” (p.68).

“Ao que o velho sendo o que era por-todos, o que era no fechar o teatro. – ‘Vou ao demo!’ – bramava – ‘mato

reposicionamento de uma das condições originárias e éticas necessárias: a inserção do paciente na comunidade humana.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

o Magrinho, é hoje, mato e mato, mato, mato!’ – *de seu sobrinho doutor, iroso não se olvidava. Súspe-te! Que eu não era um porqueira, e quem não entende dessas seriedades?... – ‘Vigie-se, quem vive!’ – expandongue-se.*” Tudo revertido dos mortos mirando certo para o sobrevivido sobrinho. Infelizmente o propósito inicial se recoloca lembrado: vingança e morte!

“Agora, o que é que ia haver? – nem pense; e o velho: – ‘Eu mato! Eu mato!’ ia alta a altura.” Em cim’esmado o Patrão sentenciando. “– ‘Às portas e janelas todos!’ – trintintim, no desbaralahado. E eu ali no meio. O um Vagalume, Dosmeuspés, o Sem-Medo, Curucutu, Felpudo, Cheira-Céu, Jiló, Pé-de-Moleque, Barriga-Cheia, Corta-pau, Rapa-pé, o Bobo, o Gorro-Pintado; e o sem-nome nosso amigo. O Velho, servo do demo – só bandeiras despregadas. O espírito de pernas-para-o-ar, pelos cornos da diabrura.” Trupe toda nomeada e renomeada servindo a um que servia ao outro-cão.

“... Que acolhenças? A cidade, estupefacta, com automóveis e soldados. Aquelas ruas, aldemenos, consideraram nosso maltrupício.” Ao que parece o acolhimento urbano mostrou-se menos humano que o rural. *“A gente nem um tico tendo medo, com o existido não se importava.”* Os cavaleiros nada temiam, com os entes pouco importavam. *“Ah, e o Velho, estardalhão? – que jurava que matava. Pois, o demo! Vamos... o Velho*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

sabia bem, aonde era o lugar daquela casa.” Sabia o que queria e onde encontrar. A experiência comunitária possibilita que ação que seria desatinada possa encontrar um sentido e uma superação. Temos a experiência subjetiva entre o acompanhante e acompanhado em direção a experiência compartilhada.

Como refere Winnicott (1975):

“Desde o nascimento, portanto, o ser humano esta envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido e, na solução desse problema, não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciado pela mãe. A área intermediária a que me refiro é a área concedida ao bebê, entre criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade. Os fenômenos transicionais representam os primeiro estádios do uso da ilusão, sem os quais não existe, para o ser humano, significado na idéia de uma relação com um objeto que é por outros concebido como externo a esse ser.” (p.26).

“Lá fomos, chegamos. A grande, bela casa. O meu em glórias Patrão, que saudoso. Ao chegar a este momento, tenho os olhos embaciados.” Aqui Vagalume alumeia um pouco do que se passa em seu coração ao nos contar essa chegada à casa de destino. *“Como foi, crente, como foi, que ele tinha adivinhado? Pois, no dia, na hora justa, ali uma festa se dava. A casa, cheia de gente, chiquetichique, para um batizado: o de filha do Magrinho, doutor!”* Chegaram no local certo, na hora

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

certa, na cerimônia certa: sacramentos!¹⁸ *“Sem temer leis, nem flauteio, por ali entramos. De rajada. Nem ninguém para impedimento – criados, pessoas, mordomado. Com honra. Se festava!”* A turba maltrupícia chegou rajando condignamente.

“Com supresas! A família, à reunida, se assombrava gravemente, de ver o Velho rompendo – em formas de mal-ressuscitado; e nós, atrás, nesse estado.” Assombro diante da reaparição do parentesco: o fantasma sagrando a festa em reencontros. *“Aquele gente, da semelhança, no estatelo, no estremunho. Demais. O que haviam: de agora, certos sustos em remorsos. E nós, empregando os olhos, por eles. O instante em tento. A outra instantaneação.”* Na fracção dos olhares arregalados e regalados o instante pirilampando: epifanias...

Em meio à comunidade dos homens, um batizado, festa de sagração de um novo membro da comunidade humana. Arendt (1958) nos diz que com o nascimento de cada criança o mundo recomeça. Que melhor momento para um gesto renovado do velho que o insira novamente entre os seus?

“Mas, então, foi que de repente, no fechar do aberto, descomunal.”

¹⁸ O rito público possibilita a cicatrização do *self* ferido. Perspectiva necessária dos fenômenos transicionais no registro social.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

O velho nosso, sozinho, alto, nos silêncios, bramou – dião! – ergueu os grandes braços:

– ‘Eu pido a palavra...’

Daquele que havia sido silenciado pela distância: aparecimento e palavra! Imagem, presença e conjugação do verbo: tudo em um todo se encarnando de repente!

“E vai. Que o de bem se crer? Deveras, que era um pasmarr. Todos, em roda de em grande roda, apavorados mais, consentiram, já se vê. Ah, e o Velho, meu Patrão para sempre, primeiro tossiu: bruba! – e se saiu, foi por aí embora a fora, sincero de nada se entender, mas a voz portentosamente, sem paradas nem definhezas, no ror e rolar das pedras.” O importante não sendo o nexos do discurso, mas o percurso da fala, a oportunidade da voz nessa hora e vez. Tem voz aquele que tem escuta do outro. *“Era de se suspender a cabeça. Me dava os fortes vigores de chorar. Tive mais lágrimas. Todos, também; eu acho. Mais sentidos, mais calados.”* Anteriormente, na chegada à casa, as lágrimas só foram suficientes para embaciar os olhos, mas agora escorriam acompanhando o fluxo da fala do velho. *“O velho, feroso, falava e falava. Diz-se que, o que falou, eram baboseiras, nada, idéias já dissolvidas.”* Dissolvendo barreiras e rompendo distâncias entre olhos e coração, alma e corpo. Um rosto entre os homens? *O rosto de Outrem destrói em cada instante e ultrapassa a imagem plástica que ele me deixa, a idéia à*

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

minha medida e à medida do seu ideatum – a idéia adequada. Não se manifesta por essas qualidades, mas kath'autó. Exprime-se. (Levinas, 1988, p.38.)

“O Velho só se crescia. Supremo sendo, as barbas secas, os históricos dessa voz: e a cara daquele homem, que eu conhecia, que desconhecia.” O mistério da face humana: no rosto o a transcendência, relances do infinito da existência.

“Até que parou, porque quis. Os parentes se abraçavam. Festejavam o recorte do velho, às quantas, já se vê.” O discurso vai até onde alcança a vontade do orador. Confraternização geral. *“E nós, que atrás, que servidos, de abre-tragos, desempoeirados. Porque o velho fez questão: só comia com todos os dele em volta, numa mesa, que esses seus cavaleiros éramos, de doida escolta, já se vê, de garfo e faca.”* O respeito pelos seus, pela fidelidade da escuderia, feito santa ceia em comunhão. *“Mampamos. E se bebeu, já se vê. Também o Velho de tudo provou, tomou, manjou, manducou – de seus próprios queixos. Sorria definido para a gente, aprontando longes. Com alegrias. Não houve demo. Não houve mortes.”* Tudo ao revés do que se afigura nos princípios declarados. Celebração da vida em comunidade. Possibilidade de pertencer e de inclusão de si no mundo dos homens.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

“Depois, ele parou em suspensão, sozinho em si, apartado mesmo de nós, parece que. Assaz assim encolhido, em pequenino e tão claro: quieto como um copo vazio.” Um copo bebido, um corpo vivido. *“O caseiro Sô Vincêncio não o ia ver, nunca mais, à doidiva, nos escuros da fazenda. Aquele meu esmarte Patrão, com seu trato excelentriste – lô João-deBarros-Diniz-Robertes. Agora, podendo daqui para sempre ir, com direito a seu inteiro sossego. Dei um soluço, cortado. Tarantão – entãoTarantão....Aquilo é que era!”* Aquilo é que é! Aquilo é que será?! Aquele é que foi! Se foi, quando foi pode ir na quietude, sem estardalho e no sossego. Safra (2006) assinala que uma pessoa pode *“ficar cronicamente enlouquecida, o que acontece se o rosto humano não lhes visita em nenhum momento do seu caminho, o que lhes impede de dar estatuto de solidão experiencial àquilo que foi uma solidão em agonia.* (p.75)

O nosso personagem parece ter tido a possibilidade de depois do reencontro com a família e novos escudeiros de aventura bem parada, alcançar a busca da solidão e silêncio: morte como possibilidade de descanso.

Já se vê, que a estória pirilampeia adversas peripécias do campo das experiências humanas, e pro foco nosso: do AT. Vicissitudes por demais da conta no aperreio deste mundão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARENDT, H. (1958). *A condição humana*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1997.
- BERDAIEV, N. (1936). *The problem of man*. Disponível em: http://www.berdyaev.com/berdiaev/berd_lib/1936_408.html
- FREUD, S. (1974). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*, Rio de Janeiro, Imago.
- _____. (1913). "Sobre o início do tratamento", v. XII, p.163-190.
- DELEUZE, Gilles (1997). *Crítica e clínica*, Rio de Janeiro, Editora 34.
- LEVINAS, Emmanuel (1988). *Ética e infinito: diálogos com Philippe Nemo*. Lisboa: Edições 70.
- _____. (1988). *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70.
- ROSA, J. G. (2005). *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- SAFRA, G. (2004). *A pó-ética na clínica contemporânea*. 2ª Edição. São Paulo, Sobornost.
- _____. (2006). *Desvelando a memória do humano. O brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio*. São Paulo, Sobornost.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

- _____ (2006). *Hermenêutica na situação clínica. O desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo, Sobornost.
- WINNICOTT, Donald W. (1957). "Young children and other people". In: *The child and the family. First relationships*. London, Tavistock.
- _____. (1963). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In: *The Maturational process and the facilitating environment*. London Karnak Books, 1965.
- _____. (1975). *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais*. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.



ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA DEL ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO

Marisa Pugès

PUGÈS, Marisa. Algunas reflexiones sobre la práctica del Acompañamiento Terapéutico. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



“Ella ha fracasado. A decir verdad, no es una escritora en absoluto; no es más que una excéntrica con talento... Ha fracasado y ahora vuelven las voces, que murmurarán nítidamente fuera de su campo de visión, ¡a su espalda! ¡Aquí! ¡no! se gira y se han ido a otro sitio. Han vuelto las voces y el dolor de cabeza se aproxima, tan cierto como la lluvia, ese dolor que aplastará su identidad, sea cual sea, y ocupará su lugar...”

¡Qué angustia sentir que uno está a punto de perderse! de perder su identidad, de perder los bordes, los cauces, los límites que nos definen como sujetos, sujetos al pensamiento, al deseo, a la voluntad. He escogido este fragmento del inicio de la película Las Horas (basada en la novela de Michael Cunningham) porque me ha parecido una buena descripción de la desesperación de una persona invadida por un trastorno mental que escapa a su voluntad y control y acaba de

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

esta forma con su vida, sin que los que la quieren e intentan ayudarla puedan entender lo que le está ocurriendo. Es una enferma, hay que ocuparse de ella, sobretodo debe comer, descansar, asearse y seguir activa. Ella era escritora.

Tal como anuncia el título de mi exposición, he creído interesante poner sobre la mesa ciertas cuestiones que han ido surgiendo a partir de mi práctica clínica como acompañante terapéutico y como supervisora de acompañantes, desde diferentes aplicaciones.

Lo que voy a exponer es fruto del trabajo conjunto del grupo al que represento “Acompanyament terapèutic Comunitari”, que cuenta con las aportaciones de cada profesional, con trayectorias diferentes en cuanto a la formación, universitaria y en psicoanálisis, en cuanto al país de origen y en cuanto a la práctica como acompañantes terapéuticos y en otras disciplinas de salud mental.

En primer lugar la cuestión de **los límites**, tan discutida pero de tan difícil acuerdo. ¿De qué límites hablamos?

Por un lado estarían los límites más o menos claros que tienen que ver con el encuadre y que afectan a los dos protagonistas del AT: horarios y honorarios, llamadas telefónicas, lugares de encuentro...Recordemos que el trabajo del A se inventa situación a situación, lo que le da

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

su carácter de flexible, pero para ello es necesario que puedan mantenerse unos mínimos elementos estables.

Por otro el límite del ¿hasta cuándo? ¿Cuánto tiempo debe durar el acompañamiento? Claro que va a depender del tipo de paciente, de sus recursos, económicos y mentales, de los de su familia y de su patología, la del paciente y la de la familia, dado que es un recurso caso por caso, se va a tener en cuenta la particularidad de cada situación, y se plantearán unos objetivos u otros y aunque acostumbra a pasar que el paciente o la familia interrumpen de forma más o menos brusca, antes del tiempo que estimaríamos adecuado, quisiéramos pensar sobre qué criterios vamos a utilizar para decidir esta cuestión de la duración. Si se trata de conseguir algún logro concreto o se trata de otra cosa... sabemos que no es conveniente ni posible precisar de antemano ese tiempo, pero nos plantea dudas, éticas, sobretudo, cuando la duración se cuenta por años. Y porque nos parece básico que se pueda trabajar con tiempo la despedida.

Aprovecho este punto para introducir otra cuestión, para mi primordial y que guarda relación directa con la anterior: **La demanda**. La indicación fundamental es la demanda que un paciente realiza en relación a un sufrimiento. Entendemos que no hay estrategia posible, ni tratamiento que no se base en los recursos del paciente

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

por mínimos que estos sean. No hay tratamiento que no apunte a una optimización de aquellos. La pregunta que podemos hacernos aquí sería ¿hasta dónde alcanza la función, del AT? ¿Las expectativas que puede poner en juego? Si tenemos en cuenta que uno de los objetivos que orienta nuestra tarea, tal como la pensamos, no es la de hacer desaparecer unos síntomas, si no la de procurar unas condiciones desde donde se facilite al individuo desplegar algo del orden de su deseo, de su subjetividad, es decir poder escuchar algo de su propia demanda, se genera un conflicto inevitable, pues lo más probable es que no coincida ésta con la demanda, manifiesta, de la familia con pedidos como “ a ver si conseguimos de una vez que se enganche a alguna actividad...que se levante de la cama...que se motive, que se anime...que tenga amigos...” pedidos por otro lado que tienen una lógica desde el sufrimiento de la familia, al observar con angustia este aspecto deteriorante de la enfermedad, que se vive como dejadez, vagancia, cara dura...falta de voluntad, como si se tratase de una cuestión de voluntad. Y sobre todo y conectando con lo anterior se trata también de un conflicto con el tiempo...para conseguir una relación de confianza desde donde trabajar hace falta tiempo, un tiempo que no va a ser el mismo ni para la familia que espera resultados inmediatos, ni para el A ni, por supuesto, para el sujeto. Aunque me refiero al AT,

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

aclaro que éste forma parte o debería, de un equipo de profesionales, pero este es otro tema.

“... a los locos nos gustaría que, de vez en cuando, nos preguntasen qué queremos” algo parecido le dice el personaje de Virginia Woolf a su marido al encontrarla después de recorrer muerto de miedo la distancia entre su casa de campo y la estación del tren que la hubiera llevado a Londres de no ser por la intervención de éste. El matrimonio Woolf se trasladó a este pequeño pueblo de las afueras pensando en la recuperación de la salud mental de Virginia que había sufrido varios episodios depresivos en Londres, y dos intentos de suicidio. Se buscaba la tranquilidad y el alejamiento de aquellas situaciones capaces de enfermarla, pero ella parecía no estar del todo conforme: *“más vale morir loca de atar en Londres que evaporarse en Richmond”* .

¿Cómo acompañar al paciente en su deseo, que no es el de sus familiares ni el del AT ni el del equipo médico, ni siquiera del medio social? ¿cómo dejar lugar para que pueda aparecer ese deseo cuando no coincide con lo que se consideraría normalizado? ¿cómo empezar a trabajar si no hay demanda ninguna? ¿es una cuestión de ética? Se hace difícil trabajar con la familia para que pueda funcionar como parte del equipo sosteniendo eso, dejando un espacio vacío dónde algo de la singularidad del individuo pueda emerger. Trabajamos desde el supuesto

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de que el “enfermo”, viene ubicado en esta posición, la de pasivo como sujeto y nuestra tarea va a ser justamente acompañarlo a transformar algo de esa pasividad para ubicarse en otro lugar, y eso no pasa por que se apunte a hacer un taller de cocina, se trata de otra transformación más profunda la cual va a movilizar un buen número de resistencias, también y sobretodo de parte de la familia, ¿qué va a ocurrir después, quién va a representar ese papel? Dice una canción catalana, que nada tiene que ver con esto pero se me ha ocurrido mientras escribía, traduzco: “yo era el loco de la ciudad y tú me mataste, deberás substituirme de ahora en adelante” Si no ¿quién va a hacerse cargo de la locura? Pero ¿si el loco quiere seguir con su locura? ¿Tenemos derecho a intentar “curarlo”? Cuantas veces escuchamos, en los buenos momentos de la enfermedad, que estar loco es más divertido. Bueno sería en otro orden de cosas la cuestión de la eutanasia en el campo médico. ¿Qué hacer?

Y por otro lado resulta también dificultoso en algunos casos donde se genera una transferencia, y contratransferencia, muy intensa, poner freno al deseo del profesional acompañante, es por eso que insistimos en la cuestión del propio análisis, y de la formación y la supervisión, como parte del tratamiento, con un doble objetivo: ayudar a optimizar el trabajo que se está realizando con el sujeto y la familia y ayudar al profesional

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

a elaborar las angustias que inevitablemente surgen cuando se trabaja con TMG y que facilitan actuaciones en relación con lo imaginario. Pero sobretodo y lo que resulta a veces más complicado es que se debería mantener la continuidad del trabajo en equipo. Por supuesto en este punto debería introducir la cuestión del AT como elemento de triangulación, indispensable para esta tarea. A veces nos preguntamos ¿quién es el tercero en esta relación de varios participantes? Y aunque haya varios personajes ¿es posible la triangulación? ¿no es que en la mayoría de los casos se dan bi-triángulos con predominio de relaciones duales? En algunos casos habríamos podido pensar que la demanda por parte de la familia de incluir un profesional de la salud mental significaba un intento de diferenciación y separación, pero no ha sido así y resulta difícil mantenerse en ese lugar que no te otorga el paciente ni la familia, y resulta más difícil cuando el profesional a cargo de la cura tampoco lo hace, pues no se ha podido establecer un trabajo de coordinación que coloque a cada uno en un lugar claro y diferenciado desde el cual actuar. ¿Cómo nos hemos organizado cuando ha ocurrido esto? Pues intentando crear unos lugares simbólicos a donde acudir desde el AT en momentos de necesidad. Invocando a los padres, al coordinador del equipo como representante de una legalidad, al propio médico como director de la cura...Organizando una

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

estructura triangulada en nuestra cabeza. Es por eso que en la presentación como asociación de ats exigimos como requisito el trabajo en equipo donde exista como mínimo un terapeuta a cargo de la cura con el cual coordinarnos. Un terapeuta, con una posición ética que determine su modo de actuar como sostén de la transferencia en la singularidad de cada caso. Y poder así clarificar al máximo los lugares desde el principio.

En otro orden de cosas: ¿quién va a sostener la demanda de AT? Nos encontramos a menudo con que los que sostenemos esa demanda somos los profesionales. ¿No debería llegar a producirse la situación en la que el propio paciente sostuviera su espacio? Esa situación sí se da, y son a veces los familiares los que boicotean el dispositivo. ¿tenemos algún mecanismo para defender los intereses del paciente a pesar de su familia? ¿Es posible resolver esa cuestión si no existe una relación transferencial familia-terapeuta?

Y hablando de la transferencia o ¿debería decir transferencias? Dado que intervienen tantos elementos en esta relación parece el tratamiento de un niño: padres, maestros, pediatra, analista... Creo que en este tema, aunque no me voy a extender, todavía hay mucho para trabajar, dado que partimos de la base de que la relación transferencial es un factor determinante del éxito o fracaso de un tratamiento. Una cosa es trabajar teniendo

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

en cuenta la transferencia y otra trabajar desde la transferencia. Aquí tenemos otro límite que hace a la diferencia entre el terapeuta y el AT, ¿de qué transferencia se trata en cada caso? Una diferencia primordial es que el AT puede percibir la emergencia de fenómenos transferenciales pero no interpreta y como hemos visto el terapeuta presta su persona como soporte de la transferencia. El At en cambio soporta esa otra esena en la cotidianeidad. El modo especial de darse el vínculo tranferencial va definiendo los diferentes roles que el AT deberá jugar según la patología y los momentos que ésta deba atravesar. ¿De qué transferencia hablamos? ¿de qué modo de relación? Y dado que trabajamos con psicóticos y trastornos del narcisismo y dado que su concepción del mundo y de las relaciones se caracteriza por la tendencia a la escisión: ¿estaríamos favoreciendo esto? Porque a veces sí que es verdad que hay muchas personas implicadas en un tratamiento. En este punto sigo insistiendo en que una de las funciones del AT debería ser la de unificar, función de puente entre todos los agentes que intervienen en el tratamiento y el ámbito de lo cotidiano y social puesto que es el profesional más próximo al paciente, en cuanto a que trabaja codo con codo en la realidad de lo cotidiano con él.

Recordemos además que el AT no es el analista o el médico-psiquiatra que puede manejarse con un

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

encuadre en el marco de una consulta o de un hospital. El AT tiene otro encuadre diferente y otra función, aunque acorde con el equipo, pero es otra función si se quiere más activa en relación a favorecer el despliegue de la subjetividad del paciente sin aplastarla. En este caso vemos que normalmente la demanda que se realiza a los profesionales de SM es de que el paciente se motive, se active, haga alguna actividad ¿qué actividad?

Nuestra protagonista, la de la película, ya realiza una actividad laboral y ¿le sirve de alguna cosa para evitar su locura y su muerte? ¿se trata de intentar convertir al individuo en algo que no es, para tranquilidad de los que le rodean? ¿Insertarlo o re-insertarlo, como se quiera, en un mundo del cual no se siente partícipe? Quisiéramos pensar en la posibilidad de un AT orientado a la aceptación, desde lo individual y lo social, de la diferencia. Desde una forma distinta de ver el mundo, una realidad particular, desde el reconocimiento de esa realidad diferente ¿se trata de neurotizar al psicótico? ¿se puede? Es parte de la demanda que se nos hace...normalizar. ¿Podemos hacer eso? ¿qué significa normalizar? Recuerdo mientras escribo esto a una pareja literaria que escogió un colega y amigo, Kléber Duarte Barreto, para representar el trabajo del AT, estos son Don Quijote y Sancho Panza ¿quién acompaña a quién? Bueno, parece más lógico que sea Sancho el que cuida

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de que en los delirios de su Señor Don Quijote, no se lastime o los meta en demasiados líos, que haya de comer y lugar para dormir. Pero se establece una relación entrañable de afectos muy dispares, desde luego los de Don Quijote. Aunque también Sancho es guiado y acompañado por su caballero.

En otro orden de cosas, vemos también que en ocasiones los diagnósticos no coinciden del todo y encontramos pacientes cuyo diagnóstico de psicosis no es tan claro y por lo tanto la relación de trabajo no va a funcionar de la misma forma ni va a dar los mismos resultados, el vínculo que se establezca va a ser diferente. Pensamos que, justamente, en nuestro trabajo, donde otra de las funciones es la transmisión de información sobre los avatares de la vida del paciente, debería ser posible replanteárselo en el seno del equipo. Por que preocupa la rigidez del encasillamiento que resulta a veces de emitir un diagnóstico, que para el profesional puede ser útil, o no, para planificar una estrategia de tratamiento, y no se tiene en cuenta muchas veces la utilización que de eso puede hacer el sujeto, su familia y entorno, desde conformarse pues “me han dicho que eso no se cura nunca”, a correr a pedir la incapacidad que inhabilita a la persona para cualquier actividad de tipo laboral, menos mal que desde los gobiernos se ha pensado en emitir un dictamen con duración provisional,

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

aunque sea por pura cuestión de política económica. También esta cuestión plantea una reflexión ética, pues se trata de la protección de una persona que sin ese dictamen va a quedar muy desprotegida económicamente. O a entrar en una situación de pánico latente esperando que vuelva a repetirse un brote, porque seguro que va a volver porque es para siempre...creemos que no se abre así ninguna posibilidad de reinserción, ni de rehabilitación real, si no es entrando en el circuito cerrado de la red, sin plantearse ninguna otra posibilidad de salida. Es como una autorización a seguir siendo objeto, de tratamiento, de estudio, de estadísticas del gobierno, de goce de la familia. Es muy difícil tratar de mover eso cuando viene tan bien certificado.

No quisiera acabar sin trasladar también una preocupación. Si bien es cierto que una de las funciones desde el origen del AT es la de recoger información privilegiada de los lugares cotidianos de la vida del paciente que de otro modo no se obtendría ¿qué tipo de información puede darse? ¿toda? ¿y cuando el paciente dice: no quiero que lo sepa nadie? No se trata de un adolescente en tratamiento donde se le avisa de que en ciertas informaciones que comportan riesgo para él o para otros será revisada la cuestión de la confidencialidad por si conviene trasladarlas a los cuidadores. ¿Cómo hacemos aquí, pues si ya por mera transferencia

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

podemos convertirnos en figuras persecutorias? La respuesta no es sencilla. Desde mi punto de vista es necesario mantener el derecho al secreto, a la intimidad, realizando una selección del material, no todo es fundamental ni implica un riesgo y en cambio, respetar ese derecho, puede resultar un buen apuntalamiento del vínculo de confianza.

Seguro que quedan muchas cuestiones por pensar pero también aquí haciendo mención de los límites, hay uno muy claro que es el tiempo de mi exposición, que está por acabar.

Para finalizar incluiré un fragmento del trabajo de un grupo de Sao Pablo “Vias e trajetos do Acompanhamento Terapêutico”:

“El lugar del AT es el del extraterrestre, de aquel que intenta, en la medida de lo posible, derrumbar el muro y salir con la locura a la calle, la locura del paciente y la suya, y se expone a las numerosas articulaciones de esta situación, pero haciendo de ella, de esta exposición, su lugar de potencia”.



**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO:
MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
E SUA DIMENSÃO DO CUIDADO INTEGRAL
AO SER HUMANO**

Ana Celeste de Araújo Pitiá

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo. Acompanhamento Terapêutico: *modelo* de atenção psicossocial e sua dimensão do cuidado integral ao ser humano. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). *E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico*. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



A construção de conhecimentos e troca de experiências sobre a prática/função/profissão do Acompanhamento Terapêutico (AT)¹, no Brasil, já conta com uma trajetória histórica que versa sobre uma prática, socialmente construída há aproximadamente 30 anos e vem se instaurando como uma atividade clínico-terapêutica, necessitada, cada vez mais do trabalho em equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar. Experiências nesse campo nos mostram que a prática AT segue na direção da transdisciplinaridade do conhecimento, firmando-se com especificidades de rica ferramenta de

¹ Acompanhamento Terapêutico refere-se à prática/função/profissão e será convencionado pela sigla AT.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

trabalho para os profissionais das áreas da saúde, educação entre outras que sejam congruentes com a sua finalidade.

Ao se considerar a transdisciplinaridade parte-se do princípio que o AT a terá como consequência, a promoção do caráter interdisciplinar de sua prática, associada ao reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade, naquilo a que se liga, no convívio, na vocação, onde se atua profissional e não profissionalmente (Mello, 2011). O olhar transdisciplinar inclui também o espaço interior de cada pessoa, o espaço do outro ser humano e de sua natureza, o que favorecerá assim o sucesso da ação do *acompanhar*.

Propõe-se pensar o AT neste texto em três dimensões (Nunes, 2002):

1- **AT** como *elaboração* que atravessa uma forma de pensar a prática de atendimento junto às pessoas dos acompanhados;

2- **AT** como um *movimento* que se expressa em atividades de construção re-construção do conhecimento por meio de práticas autônomas e instituições nacionais e internacionais, seminários e congressos nesse campo;

3- **AT** como *prática teórico-prática*, que por meio de ser função/profissão elabora e reelabora o conhecimento e procura retorná-lo sob a forma de novas práticas e ações consequentes aos atendimentos realizados.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Nos dias de hoje, eminentemente, o **AT** se firma com ares (sempre renovados) de uma prática instaurada, instituída e se instituindo, e, preponderantemente como interdisciplinar, vem evidenciando características inovadoras de atendimento clínico frente à demanda da clientela que dela necessita. Questiona-se curiosamente, sobre até que ponto nós, acompanhantes terapêuticos (**at**)², nos apropriamos da possibilidade de quebras de paradigmas, quando nos investimos da função/profissão como **ats**?

O convite para a dimensão do AT *elaboração*, é que nos “distanciemos”, a título de reflexão, das práticas que nos ofereçam o caráter hermético da ação profissional e que intentem ser estruturadas como O modelo de ação.

Nessa idéia, não nos desfaçamos da idéia de paradigma, mas estabeleçamos uma discussão sobre paradigma pensado como algo dinâmico, processual, que na perspectiva do AT se manifeste como “O” *modelo* que não dá conta de “UM” *modelo* apenas? Seria assim a possibilidade de pensarmos a prática AT, por meio das várias histórias construídas a partir das nossas formações de origem. Consideremos a área da saúde e assim a lida dos profissionais envolvidos com a ciência que trata da

² acompanhante terapêutico se refere ao profissional que trabalha com a prática/função/profissão AT e será convencionado pela sigla **at**.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

saúde das pessoas, portanto, na lida com o **ser humano**. Assim, humanas devem ser todas as práticas derivadas das categorias profissionais envolvidas com a área da saúde.

Na prática, quando o AT acontece, nós, como os profissionais **ats**, somos convidados a ação de conversar com todos os envolvidos no tratamento do acompanhado. Historicamente, as práticas em saúde vêm atravessando e no campo do AT possibilitam um colorido que mescla os ramos da medicina, da psicologia, da enfermagem, da terapia ocupacional, da fisioterapia, entre outras tantas que estejam funcionando em favor do atendimento ao cliente atendido em AT.

Disso, pensa-se que o conhecimento será sempre construído socialmente, portanto historicamente *multi*, *inter*, *trans* e *indeterminado* até. O conhecimento que se constrói sobre o ser acompanhante terapêutico (**at**), parece exigir certo despojamento de nós mesmos, primeiramente, antes mesmo de se buscar uma formação específica em AT; primeiro, como seres humanos que somos, segundo, nos deixando levar pelo apelo a abertura, seja na vida profissional para novas aquisições de saberes, seja no cultivo de pensamentos que indiquem a insuficiência de qualquer categoria profissional, por si, dando conta do atendimento às pessoas em suas

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

dificuldades psicossociais. Assim, nos constituímos pelas nossas experiências.

O pensar a dimensão AT *movimento*, nos remete à dinâmica desse atendimento que desloca o profissional at, imprimindo um significado especial no aspecto físico da ação do acompanhar, na direção da efetivação do projeto de vida possível e plausível ao acompanhado.

Falas de autores que lidam com o cuidado humano afirmam que é preciso “*sensibilidade para... perceber que o trabalho [na saúde] só ocorre com a participação de todos... A saúde do usuário não se pode circunscrever à prática de apenas uma categoria profissional.*” (Gomes, Pinheiro e Guizardi, 2005).

Indica-se que os profissionais das mais diversas áreas pensem nisso quando atuam profissionalmente, se intitulado como acompanhantes terapêuticos. Será necessária sim a formação em AT, como ats e para o AT, mas cuidemos especialmente de, uma vez reconhecendo-nos nela, reconhecemos o sentido das especificidades e da complexidade dessa clínica, que vem se instituindo com arez muitas vezes conhecidos e tangentes às nossas formações originárias e de suas construções categóricas, mas que nos desafia a por em prática a ação transdisciplinar.

Falar sobre o AT como *prática teórico-prática* parece redundante, no entanto se investe de um convite a

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

outra reflexão relacionada ao processo de subjetivação no tratamento em saúde mental. Quando, se toma como ponto de partida a própria concepção sobre saúde-doença, perceber-se-á repercussões sobre a constituição histórica dos modelos de atendimento em saúde, fazendo-nos então refletir, imbricadamente, sobre e com as dimensões aqui propostas e nos amparando na área da saúde mental, como contribuição.

Dessa maneira, neste texto se propõe conversar com alguns pontos de partida, para que se possa estabelecer um enlace entre reflexões teóricas-históricas-sociais e sensíveis ao sofrimento humano, sobre as quais se encontra a construção da prática AT, que se constitui mantendo acesa a chama do não conformismo e da manutenção da indignação frente a tudo àquilo que cause tal sofrimento.

O TRATAMENTO DO SER HUMANO: A TRAJETÓRIA DA CONDIÇÃO DE OBJETO À DE SUJEITO

Considerando um percurso histórico do saber sobre as doenças e suas formas de tratamento, podemos identificar modificações na maneira de se ver o ser humano: ora visto como **objeto**, marcadamente no séc. XVIII depositário de sintomatologias e portadores dos rótulos dos diagnósticos, ora **sujeito**, considerado pela

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

sua fala e os significados de sua experiência-existência, a partir da psicanálise em finais do século XIX.

O saber sobre a loucura até o final do século XIX era, em essência, baseado em um saber sobre a doença e não sobre o homem doente. O guia do processo terapêutico era o quadro sintomatológico e a intervenção na doença era marcada pela alienação social do sujeito e baseada no contexto hospitalar. Nesse período, o homem era apenas um terreno onde se instalava a doença, onde evoluíam os sintomas e sobre o qual o poder de controle era exercido.

No processo histórico das mudanças de paradigmas das práticas em saúde mental e, sob as influências de vários campos de saberes: da Sociologia, Antropologia, Filosofia e da Psicanálise, a abordagem sobre a loucura mudou de foco – passando do olhar sobre a doença, para se voltar o olhar sobre o doente.

Então o homem passa ser **escutado** pela sua fala e corporificando a doença, passa a ser considerado o sujeito que adoece e o portador de dificuldades. Pode-se considerar assim, que é possível se transitar do modelo clássico da disciplinarização e ordamento dos espaços de tratamento fechados para os espaços sociais e abertos, livres de paredes institucionais, somente quando se consegue olhar para o homem em seu sofrimento psíquico, considerando o seu ambiente, seu entorno, o

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

seu social. Ou seja, colocando-se a doença entre parênteses.

Estudos como o de Amarante (1999), entre outros, referem que o conceito sobre as abordagens terapêuticas ao sofrimento psíquico, necessariamente vai sendo recriado no processo de subjetivação do tratamento. Por essa concepção o sujeito (doente) tem a possibilidade de ser visto e atendido por meio de um modo de atenção mais singular, tornando-se o foco na saúde mental. Nesse sentido, **a escuta** precisa ser valorizada e, com ela, sustentada a possibilidade de se acolher diferentes formas de subjetivação, representadas nas maneiras singulares de se estar no mundo (Bronz et all, 1997).

Resultados desse processo se refletem na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, implicando na reorganização de formas dos atendimentos realizados e realizáveis pelos profissionais de saúde aos usuários e familiares destes usuários dos serviços de saúde mental. Estas mudanças, hoje, estão marcadas pela responsabilização do Ministério da Saúde por meio de leis, portarias e regulamentações (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Este processo retrata uma transformação que é lenta e irregular, pois, apesar da criação dos novos serviços, da regulamentação das equipes e da

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

normatização das ações, há a necessidade de serem desconstruídas concepções “manicomiais”, instaladas nas mentalidades existentes. Sendo assim, reconhece-se como mais apropriado, que o espaço que ampara a elaboração e construção desse processo é o do campo da atenção psicossocial.

Na história desse processo transformador, formas alternativas ao manicômio e à internação total são implementadas em espaços de atendimento como: ambulatorios e centros de atenção psicossocial (CAPS), hospitais-dia, unidades psiquiátricas de internação e de emergências em hospitais gerais, além de outros recursos como: oficinas terapêuticas, grupos de convivência, cooperativas de trabalho.

Identifica-se como iserida aí a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) como um importante e imprescindível recurso que vai ao encontro do processo de subjetivação e de transformação não apenas da assistência, mas, da própria concepção sobre o sofrimento psíquico.

Por essa maneira de pensar, percebe-se então que, todos nós, envolvidos nessa área, lidamos com aspectos próprios da condição humana: saberes, valores, idéias, visão de mundo, cultura, etc, que nos fazem constatar “*in loco*” na ação de acompanhar e, em meio às inúmeras diferenças dos arcabouços teóricos, que

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

refletem pensamentos diversos e entre variadas linhas do raciocínio analítico, que possam permitir um diálogo com os atendimentos em AT, estabelecerem-se as **construções de espaços que se instituem para o encontro humano.**

Considerando as influências ideológicas sobre o AT em sua vinda para a América do Sul na década de 70, contextualizada a partir da movimentação política das reformas psiquiátricas e a tentativa de supressão dos manicômios na Europa Ocidental, nos anos 60 e no Brasil mais adiante nos anos 80, compreendemos que o Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma prática profissional que envolve o atendimento psicossocial, não se limitando às paredes institucionais e se inserindo no campo mais amplo da atenção psicossocial (Pitiá e Furegato, 2009). E nesse sentido, o AT se envolve com a concepção do trabalho interdisciplinar, própria do âmbito do psicossocial, em direção à transdisciplinaridade do trabalho em saúde.

PERSPECTIVA DE TRABALHO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)

O **AT** aparece definindo-se como tipo de atendimento clínico-terapêutico que se caracteriza por uma maneira de interlocução que o **at** realiza entre o acompanhado e o social. Essa perspectiva pode se dá, na

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

medida em que, através da participação do acompanhante no atendimento ao acompanhado, o profissional buscará efetivar uma conversa entre os recursos potencialmente presentes na vida do acompanhado e os recursos de manejo terapêutico do at, construindo possibilidades de experiências relacionais humanas, significativas à condição da pessoa acompanhada. Essa oferta acontece quando na escuta curiosa do **at** às facilidades potenciais e presentes no acompanhado, possam ser encontradas em meio às dificuldades manifestadas.

Assim, projetos personalizados de vida vão sendo construídos e desenvolvidos a partir de ações at/acompanhado que vão acontecendo nas saídas pela cidade, ou mesmo estando em sua casa, quando o estar ao lado da pessoa, significará o estabelecimento de pontes de ligação relacionais humanas. O que caracterizará a prática **AT** se contornará a partir do que se objetiva alcançar no contato com esse acompanhado, encontrando-se formas de atendê-lo advindas dele próprio.

Como a figura do próprio **at** pode ser representativa do externo, do social (de fora do acompanhado), mediante àquela condição de isolamento e exclusão advinda de quem se atende, entende-se que esse trabalho trata de processos relacionais e humanos nos atendimentos e

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

com isso pode-se abrir espaço para vivências de uma nova história desse momento em diante.

A intenção de se montar uma espécie de *guia* terapêutico nos atendimentos é pensada como forma de articulação do sujeito acompanhado na circulação do social a que este pertence pelo seu próprio contexto. Para tanto, a necessidade de ações sustentadas numa relação de vizinhança entre acompanhante e acompanhado, o qual precisa ser implicado na construção do seu “novo” projeto de vida, com suas limitações e pertencente a um determinado contexto histórico-cultural.

Para tanto, trabalha-se com especificidades que envolvem os aspectos de se fazer a clínica AT, ao se lidar com e na cultura, no trabalho com as diversidades envolvidas em um *setting* de atendimento que se forma e se auto-protege na própria comunicação estabelecida entre acompanhante/acompanhado (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA, 1997; PITIÁ E SANTOS, 2005). E tudo isso constitui uma tarefa complexa!

O profissional acompanhante terapêutico mesmo não estando atrelado a uma profissão em particular, necessita da qualificação específica para exercício profissional da prática AT, por se lidar com complexidades que exigem um arcabouço teórico-prático plausível à sua conduta profissional. E esta deverá estar cunhada pelos

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

aspectos pluridimensionais da condição de se acompanhar, ou seja, não importará exatamente qual o referencial de análise será utilizado para se compreender as ações do acompanhado. O importante é que se tenha um respaldo teórico consistente e assim permita uma ancoragem para o desenvolvimento de ações que, por si, darão a interpretação necessária ao ato realizado (Pitiá; Furegato, 2009). Considera-se a importância de que, o quanto mais aberta a amplos referenciais teóricos para fundamentação de sua prática, será o AT, ficando tanto mais enriquecida sobre a compreensão dos processos humanos e as possibilidades de atendê-los.

Perdermos de vista a questão das diversas contribuições interdisciplinares poderiam repercutir em prejuízos que apagariam o colorido especial que a prática AT apresenta, especialmente em meio ao processo contemporâneo e contínuo da transformação do modelo de atenção em saúde mental que se delineia dia após dia.

Com o objetivo terapêutico de inclusão social, congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e a reabilitação psicossocial, o AT é processo de reinvenção que procura articular a pessoa em seu espaço social. Nesse sentido, as várias vertentes de referenciais teóricos, próprios das diversidades profissionais envolvidas, podem encontrar no AT convergência quanto aos objetivos do tratamento. Pode-se dar “o pulo do gato”,

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

considerando sua inserção na produção de um novo projeto de atendimento populacional, voltado para princípios anti-segregacionistas, marcados pela interdisciplinaridade, tais são serviços já presentes nos âmbitos públicos, ou privados, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (os CAPS), como Ambulatórios de Saúde Mental, Institutos de atendimentos, etc. Esses se caracterizam pela ação da prática multiprofissional e interdisciplinar e podem ser pensados como articuladores dos saberes das diversas profissões da saúde e voltados ao atendimento dos vários grupos populacionais, sinalizando a diversificação das possibilidades na oferta de serviços, superando a crença do hospital psiquiátrico como ideal ao tratamento e única opção (ALVES, 2001; SAMPAIO E SANTOS, 2001).

No modo psicossocial de atendimento, o objetivo do processo de reabilitação conflui com os objetivos da ação terapêutica do AT - constitui uma estratégia que implica em algo mais do que, simplesmente, passar um usuário/paciente de um estado de “desabilidade” a um estado de “habilidade” e/ou de um estado de incapacidade para um estado de capacidade. Reabilitar psicossocialmente significa uma estratégia global, múltipla, ética e de solidariedade que ajuda os sujeitos a lidarem com seus afazeres cotidianos, de contratualidade afetiva, social, econômica e que viabiliza o melhor nível

possível de autonomia para a vida na comunidade (SARACENO, 1999 e 2001; COSTA-ROSA, 2000; PITTA, 2001; PITIÁ; FUREGATO, 2009).

E QUE DESAFIO NOS É COLOCADO DIANTE DE TUDO ISSO?

O desafio é a consolidação de uma rede de atendimento que possibilite perspectivas de vida aos portadores de sofrimento psíquico, levando-se em conta o sujeito aí implicado e o contexto em que se encontra imerso. Assim, as ações práticas em saúde mental, pelo desafio da interdisciplinaridade, rumo a transdisciplinaridade, exige um esfumaçamento dos limites e atribuições específicas de cada disciplina ou profissão e diversifica e amplia os espaços de atuação profissional, criando regiões novas no saber e o intercruzamento dos diversos conteúdos em saúde.

Como resultado espera-se o estabelecimento do enlace entre reflexões teóricas-históricas-sócio-culturais de modo a permitir a sustentabilidade à indignação e à sensibilidade ao sofrimento humano, mantendo acesa a chama do não conformismo e da manutenção da indignação frente a tudo aquilo que cause tal sofrimento.

Dessa maneira, pela sensibilidade ao sofrimento, centrados no compromisso ético-político-profissional como acompanhantes terapêuticos e conectados com as

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

subjetividades envolvidas, será necessário que nos permitamos à abertura de espaços internos que se reflitam nos novos aprendizados e construções e reconstruções no espectro do encontro de **relações humanas** envolvidas no campo do **Acompanhamento Terapêutico**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVES, D.S.N. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.27-30.
- AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.
- ARANHA E SILVA, A.L.; FONSECA, R.M.G.S. **Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial**. Rev. Latino-Am. Enferm., v.3, n.13, p.441-9, 2005.
- BRONZ, A. et al. **Acompanhamento Terapêutico: uma prática em construção**. VENÂNCIO, A.T.; LEAL, E.M.; DELGADO, P.G. (Orgs.). In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997. p.15-20.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividades, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-68.
- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (org.). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Educ, 1997.
- GOMES R. S.; PINHEIRO R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. Pag. 105-116.
- MELLO, M. F. **Mediação permeada pela Transdisciplinaridade**. Disponível em: <<http://www.cetrans.com.br/artigos>>. Acesso em: 18 de novembro de 2011.
- NUNES, E. D. **Interdisciplinaridade**: conjugar saberes. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 249-258, set./dez. 2002

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

- PITIÁ, A.C.A.; SANTOS, M.A. **Acompanhamento terapêutico**: a construção de uma estratégia clínica. São Paulo: Vetor, 2005.
- SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-34.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá, 2001
- SARACENO, B. **A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ., v.9, n.1, p.26-31, 1999.
- PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.19-26.
- PITIÁ, A.C.A.; FUREGATO, A.R.F. **O Acompanhamento Terapêutico (AT)**: dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.30, p.67-77, jul./set. 2009.



VERSÕES SOBRE O NASCIMENTO DO AT: PRÁTICAS, NOMES & CARGO PÚBLICO

Alex Sandro Tavares da Silva

SILVA, Alex Sandro Tavares da. Versões sobre o nascimento do AT: práticas, nomes & cargo público. In: SILVA, Alex Sandro Tavares da (org.). E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. <http://siteat.wordpress.com>



Tratar do tema da “genealogia” do **AT** ainda hoje é algo problemático, pois suas influências emergiram de várias fontes (Hospital Dia, Comunidade Terapêutica, Psicofarmacologia, Psicoterapias, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, etc.), em vários países (Suíça, Itália, Uruguai, Canadá, França, Brasil, Argentina, Chile, México, EUA, Inglaterra, Espanha, etc.) e muitas vezes sem uma clara esquematização ou denominação da atividade desenvolvida.

Falar da invenção do “nome”, “Acompanhamento Terapêutico” (AT), é algo já feito¹, mas isso não abarca a invenção da “prática” ou do “cargo público” de **AT**, pois é

¹ Ver Mauer e Resnizky (1987) e Kalina (2003).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

evidente que são facetas absolutamente distintas. Assim, acredito que é de fundamental importância que o leitor tenha em mente que temos pela frente a difícil tarefa de deixar claro, de forma absolutamente sintética e introdutória (mas com embasamento preciso), que, do ponto de vista histórico, temos de diferenciar:

- Nascimentos das “práticas” de **AT** (em nível privado).
- Criações dos “nomes” de **AT** (em nível privado).
- Invenção do “cargo” de **AT** (em nível público).

Antes de adentrar no tema “história” ou do “nascimento”, deixo claro que venho pensando o Acompanhamento Terapêutico há mais de 12 anos, sob o viés clínico, como “dispositivo” que aproveita “dispositivos naturais” e/ou “dispositivos artificiais” (SILVA, 2000), como uma prática que tem o objetivo de promover saúde através do uso de elementos/objetos e espaços variados (ex.: rua, animais, cinema, informática, praças, festas, mídias, animais, escolas, etc.) com os quais o paciente (ou pacientes) possa circular e criar; ou seja, ao meu ver, a disponibilidade para transitar com o paciente é uma das marcas fundantes do Acompanhamento Terapêutico, apesar de não ser o seu único critério de definição e não esgotar todas as suas possibilidades e sutilezas. Além disso, acredito no “efeito político” do **AT** (SILVA, 2005), o qual deixa evidente que o mesmo pode, e deve, ser usado para provocar a criação de novos olhares sobre o

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

paciente, a rua, a além de promover novas ecologias sociais, ambientais, clínicas, arquitetônicas, etc. Por fim, saliento que o campo do **AT** é vasto e em constante criação, indo além do tratamento, da prevenção, da promoção de saúde, da ciência, da arte e da política, colocando em questão muitas tentativas de definição... inclusive a que acabei de lhe apresentar nesse exato momento!

Dito isso, agora sim, adentraremos no “campo da genealogia” do Acompanhamento Terapêutico a partir das “invenções” que, de algum modo, geraram críticas ao manicômio² e que deram suporte à essa “clínica de rua”. Ou seja, a presente reflexão agirá das críticas ao hospício em diante até a invenção do “cargo público” de **at** (e do seu reconhecimento oficial no “guia de serviços de saúde mental” gerado pelo poder estatal do Brasil); não tenho como objetivo abarcar, nesta produção, um “relato” dos eventos³, congressos, jornadas, encontros, etc. presentes na história deste “fazer andarilho”⁴.

² Para entrar em contato com a “história da loucura”, desde suas origens até a construção dos manicômios, ver Foucault (1997).

³ Para entrar em contato com um relato dos eventos no Acompanhamento Terapêutico, leia o artigo “Del ‘Mito de Origen’, a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica” de autoria do psicólogo argentino Gabriel Omar Pulice, produção presente no início deste livro, a partir da página 15.

⁴ Utilizei esse termo em Silva (2003), no artigo “A Psicologia tomando a ‘rua’ como setting: o ‘fazer andarilho’”.

1) A ORIGEM DAS “PRÁTICAS” DE AT:

A “prática”, a “atividade clínica” do **AT** tem sua origem na possibilidade de realizar tratamentos fora do manicômio, hospital ou instituições clínicas; ou seja, o uso do espaço para além dos muros institucionais para promoção de saúde é algo que ocorre há muitos anos, muito antes da criação do “nome” Acompanhamento Terapêutico em 1971, na Argentina.

Desde o início do século XX há um campo possível para o nascimento do **AT**, espaço antes dominado pela perspectiva da clausura, dos hospícios. Podemos mencionar o trabalho de Eugene Minkowsky (1885 - 1972), o qual teria vivido integralmente (durante dois meses) na casa do paciente. Assim, Minkowsky teria trabalhado como hoje atuam os acompanhantes terapêuticos na modalidade de **AT** em tempo integral⁵.

Há outra experiência interessante de prática clínica privada e individual que pode lembrar o **AT**, como no caso da atividade realizada por uma “enfermeira psiquiátrica” na Suíça, no ano de 1937. Essa enfermeira teria sido treinada por uma psicoterapeuta, Mme. Secheyay, para dar assistência à paciente Renée, que estava em análise e “internada” na casa dessa psicanalista⁶. No referido caso, o “acompanhamento” foi uma prática utilizada para

⁵ Ver Carvalho (2004).

⁶ Ver Antonucci (1994).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

sustentar a continuidade de um tratamento psicológico, mesmo quando a psicoterapeuta estava ausente.

Ampliando o nosso olhar, podemos mencionar algumas outras experiências que criaram uma base à invenção do **AT**:

- Psicologia.
- Hospital Dia.
- Comunidade Terapêutica.
- Psicofarmacologia.
- Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

Em relação à Psicologia, as referências apontam que, enquanto ciência, a mesma emerge em 1879, na universidade de Leipzig (Alemanha) com as pesquisas de Wilhelm Wundt (1832 - 1920), quando ele criou o primeiro laboratório experimental de Psicologia; nesse momento a Psicologia separa-se da Filosofia e aproxima-se dos métodos das “ciências naturais”⁷. O nascimento da Psicologia é um importante fato que marca a possibilidade de tratar patologias sem necessariamente usar da clausura, da lobotomia, dos banhos frios, das pancadas na cabeça, da contenção física e da administração excessiva de remédios. O uso, a teorização e a pesquisa crescente da Psicologia e das Psicoterapias (ex.: psicanalítica, cognitiva, comportamental, corporal, humanista, esquizoanalítica, etc.) acabou por dar um

⁷ Ver Schultz e Schultz (2009) e Heidbreder (1981).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

importante suporte teórico-prático à clínica do Acompanhamento Terapêutico; ainda hoje, o **AT** alimenta-se fortemente da Psicologia para enriquecer a sua atividade, seja ela qual for⁸. Talvez em um dia próximo, o Acompanhamento Terapêutico possa ter a sua teoria e constituir-se, também, como uma “ciência independente”.

Em 1946, em Montreal, Canadá, foi criado o primeiro Hospital-Dia por Ewen Cameron no “Allan Memorial Institute”⁹, promovendo as “hospitalizações parciais”, diferente dos manicômios que “administravam” a clausura em tempo integral.

Em 1949, aconteceu a avaliação do primeiro psicofármaco, quando o australiano John F. Cade comprovou que o carbonato de lítio estabilizava o “doente bipolar”. Essa forma de tratamento ficou potencializada em 1952 na França quando Jean Delay e Pierre Deniker testaram o neuroléptico clorpromazina em psicóticos que tiveram redução das alucinações¹⁰. Assim, nasce a indústria da psicofarmacologia em 1952. A partir desse evento, os pacientes passam a ocupar novos espaços de circulação social (mesmo que ainda sob a “camisa-de-força química”) contando com a ajuda de auxiliares, atendentes ou acompanhantes.

⁸ Para aprofundar a reflexão sobre a história crítica da Psicologia ver Foucault (1989).

⁹ Ver Campbell (1986).

¹⁰ Ver Lemgruber (2004).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Em 1952, na Escócia, nasce a “Comunidade Terapêutica”, na versão diurna, criada pelo inglês Maxwell Jones, que dirigia o “Hospital de Dingleton”¹¹; essa proposta foi utilizada pela primeira vez em ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial e depois ampliada para o público em geral, inclusive para os psicóticos, desde que medicados e acompanhados (por **ats?**).

Em 1955, na França, Félix Guattari, na “Clínica de La Borde”, fundada e sob a direção de Jean Oury, gerou experiências de relativização das posições institucionais, dando espaço à mudança de funções (ex.: “equipe médica” lidando com cozinha, jardinagem, faxina, recreação e “pessoal da manutenção” lidando com trabalho de atendimento aos pacientes), além de ampliar a forma de comunicação, interação e ação com os pacientes, alguns dos usuários, inclusive, trabalhando na cozinha, outros fazendo compras nos mercados no estilo de “vida comunitária”. Essa “mini-revolução”¹² é muito importante na medida em que permite uma nova “circulação” das funções pré-estabelecidas (indo além da atividade interdisciplinar) e aponta a necessidade de rever a “lógica manicomial”: aquele que prega que o doente é um ser perigoso e “sem saber”.

¹¹ Ver Jones (1968).

¹² Ver Guattari (1992).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Na Argentina, com Mauricio Goldenberg, em 1956, temos a experiência do trabalho interdisciplinar na modalidade de Hospital Geral no serviço de Psicopatologia do Hospital Lanús; os profissionais atuavam na internação, consultório externo, hospital-dia, docência, pesquisa e assistência comunitária, colocando em xeque, com suas práticas, a posição hospitalocêntrica até então sustentada pela Psiquiatria¹³.

Em 1963, o italiano Franco Basaglia¹⁴, responsável pela Comunidade Terapêutica de Gorizia, defensor da “Psiquiatria Alternativa”/“Psiquiatria Democrática”, coloca fim ao modelo manicomial literalmente abrindo as portas da instituição, permitindo a livre circulação dos doentes pela cidade, com ou sem acompanhamento profissional.

2) A ORIGEM DOS “NOMES” DO AT:

Em 28 de março de 1960, no Brasil, na cidade de Porto Alegre, na rede privada, ocorreu a criação da “Clínica Pinel S.A.” (transformada em uma sociedade civil sem fins lucrativos em 1964 com o nome de “*Associação Encarnación Blaya*” – passando a prestar serviços também aos Institutos de Aposentadorias e Pensões que depois tornaram-se INSS¹⁵ e SUS¹⁶), por Marcelo Blaya

¹³ Ver AAVV (1990).

¹⁴ Ver Basaglia (1982).

¹⁵ “Instituto Nacional do Seguro Social” do Brasil:
<http://www.mpas.gov.br>

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Perez, após o mesmo ter finalizado sua formação em psiquiatria na “*Menninger Clinic de Topeka*”, nos EUA¹⁷. Desde o início dessa instituição havia serviços de socioterapia, grupos operativos, ambientoterapia, reuniões comunitárias, trabalho em equipe, psicoterapia, assistência social e também do “atendente grude” ou “atendente psiquiátrico” (denominação que gerou problemas entre a “Clínica Pinel” e o “Conselho Regional de Enfermagem”, COFEN/RS, pois já existia o profissional com nome de “atendente de enfermagem”). O uso de “atendentes psiquiátricos” foi trazido para essa clínica depois que Blaya, durante a sua formação nos EUA, teria ficado interessado e encantado com o uso de “agentes” que circulavam com os pacientes pelas ruas das cidades americanas.

Em novembro de 1969, no Brasil, no Rio de Janeiro, iniciam os trabalhos da “Clínica Villa Pinheiros”, instituição inspirada na experiência da “Clínica Pinel” de Porto Alegre¹⁸. Nela, sob as mãos de Carmem Dametto, ex-atendente psiquiátrica da “Clínica Pinel”, o “atendente grude” (ou “atendente psiquiátrico”) leva o “nome” de “auxiliar-psiquiátrico” e atendia aos pacientes internados ou em hospital-dia. Os auxiliares-psiquiátricos (estudantes de Psicologia ou Medicina) realizavam curso (formação) e

¹⁶ “Sistema Único de Saúde” do Brasil: <http://www.saude.gov.br>

¹⁷ Ver Perez (2000).

¹⁸ Ver Reis Neto (1995).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

estágio dentro da clínica, além de gerar assistência permanente (24 horas por dia) aos pacientes¹⁹.

Em 1970, na Argentina, Eduardo Kalina cria o nome “amigo qualificado” (“*amigo calificado*”) inspirado por: 1) contato com a experiência de Mauricio Knobell e Mirta Estamati, psicóloga que acompanhava uma jovem que sofria de sérios problemas psicológicos; 2) suas leituras de José Bleger (e a teoria sobre simbiose e desimbiotização) e 3) pela constatação de que os tratamentos disponíveis aos dependentes químicos eram insuficientes²⁰.

Em 1971, na Argentina, dentro do “Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple em Psiquiatria” (CETAMP) ocorre a criação do “nome” Acompanhamento Terapêutico (“*Acompañamiento Terapêutico*”) com a equipe de Eduardo Kalina que trabalha com “pacientes severamente perturbados”²¹.

Entre 1971 e 1976, na Argentina, no “*Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García*”, sob a direção de Rodolfo Cerrutti, estudantes de Psicologia e de Medicina iniciavam suas atividades com o nome de “líderes de grupo”, atendendo crianças, saindo para realizar passeios e visitas domiciliares com o grupo de pacientes até a casa dos acompanhados; circulavam pela cidade auxiliando na

¹⁹ Ver Ibrahim (1991).

²⁰ Ver Kalina (2003).

²¹ Ver Mauer e Resnizky (1987).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

orientação, na compra de passagem do ônibus, na ambientação, além de trabalhar com os membros da família, amigos, vizinhos, comerciantes, etc. Esses “acompanhantes” realizavam atividades de convivência e socialização com crianças e adolescentes psicóticos ou com “neurose grave”²².

Em 13 de maio de 1978, na Itália, efetivou-se legalmente a Reforma Psiquiatria com a aprovação da “Lei 180”, ou “Lei Basaglia”, a qual passa a proibir a internação em manicômios²³. Com isso, cresce o uso de tratamentos ambulatoriais, psicoterápicos, assistência social e aproveitamento do ambiente do paciente para promoção de saúde.

Em 1995, no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, na cidade de São Lorenzo do Sul, no sistema da saúde pública, já estavam trabalhando seis acompanhantes terapêuticos atuando em várias frentes: medicação, higiene, organização de atividades, visita domiciliar, etc²⁴.

Em 6 de abril de 2001 ocorreu a aprovação da Lei Federal 10.216, da Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual estabelece uma diretriz *não asilar* para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. Ampliando a possibilidade de uso do

²² Ver Pulice e Rossi (1997).

²³ Ver Rotelli, Leonadis e Mauri (1990).

²⁴ Ver Wetzel (1995).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Acompanhamento Terapêutico em várias frentes de ação, seja pública, privada ou no terceiro setor.

3) A ORIGEM DO “CARGO” DO AT:

Para delimitar o foco da origem do “cargo”, apontarei agora o mundo do **AT** vinculado oficialmente ao funcionamento estatal, ou seja, em nível público, sustentado com verba pública, com profissional contratado via “concurso público”, na área da saúde, com o “nome” específico de Acompanhamento Terapêutico.

Em 1998, no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Viamão ocorreu a criação do cargo oficial de acompanhante terapêutico, de nível médio de escolaridade (sem formação universitária), com ingresso via “concurso público”, algo inédito no Brasil, quiçá no planeta. Essa contratação do **AT** ocorreu, pois na cidade de Viamão estava em andamento a criação de vários serviços substitutivos ao “modelo hospitalocêntrico”, com o objetivo de combater a exclusão, a internação indiscriminada, incentivar a inserção social e serviços engajados com a “luta antimanicomial”²⁵, por isso o Acompanhamento Terapêutico estava nas frentes de ação.

²⁵ Informativo da “Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social”, ano 1, nº.3, setembro de 1999.

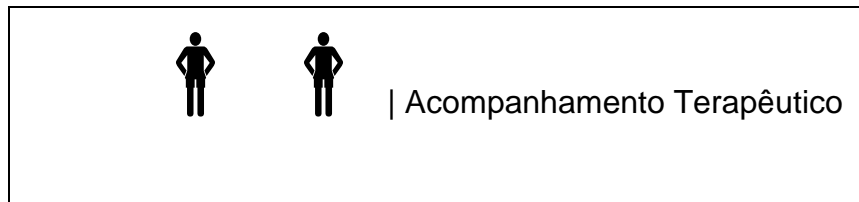
Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Em 1999, ocorre o início do “Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico” (com duração de 8 meses) da “Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul”. Essa foi uma importante experiência de capacitação dos trabalhadores de saúde mental, direcionado aos profissionais da rede pública sem formação universitária. Nesse curso estavam presentes os agentes que haviam passado no concurso público de **AT** de Viamão e os mesmos puderam, em conjunto com os demais agentes, gratuitamente, receber uma qualificação para exercer sua atividade profissional.

Importante destacar, que o Acompanhamento Terapêutico, apesar de ainda não ter lei que trate do seu reconhecimento oficial ou da criação de sua profissão, está oficialmente catalogado e definido no “guia de serviços de saúde mental” do Governo do Rio Grande do Sul (2000); nesse, na página 29, consta o código do **AT** (nº 38.041.01), o procedimento (acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental) e a descrição da atividade (até 31 acompanhamentos de pacientes por mês, compreendendo um conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenha como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de

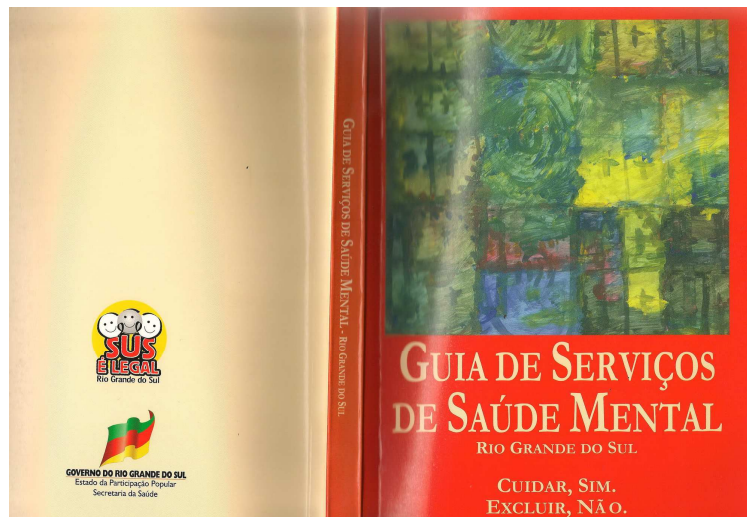
Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

reintegração social). Na página 39, do mesmo guia, consta o seu código gráfico/especificidade do **AT**:



Nesse guia de saúde, o Acompanhamento Terapêutico é tido como um “serviço especializado” e “estratégico” do “Sistema Único de Saúde” do Brasil.

Tendo em vista a importância da publicação para o reconhecimento do Acompanhamento Terapêutico no sistema de saúde oficial e público, abaixo apresento a contracapa, a lombada e a capa do livro:



Em 2002, no dia 16 de julho, ocorre o primeiro “AT em grupo” da cidade de Viamão (batizado pelos usuários

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

de “Dinamismo”), com vaga para 10 pacientes. Em um primeiro momento o grupo foi criado mais por questões “técnico-burocráticas” do que por uma “invenção clínica”²⁶; ou seja, com essa experiência buscava-se tratar um número maior de pacientes, em menos tempo, com reduzido investimento financeiro público e com poucos profissionais (psicólogo, psiquiatra e acompanhantes terapêuticos).

Agora, com o objetivo de criar uma visualização rápida e esquemática sobre os dados aqui apresentados, apresento 3 tabelas sobre o percurso do **AT**:

Tabela 1: da origem das “práticas” do **AT**:

Data	Local	Agente	Experiência
Início do século XX.	França.	Eugene Minkowsky.	Viveu integralmente dois meses na casa do seu paciente.
1937.	Suíça.	“Enfermeira psiquiátrica” treinada por Mme. Sechehaye.	Assistência à paciente Renée, “internada” na casa de Mme. Sechehaye.

²⁶ Ver Pelliccioli (2004).

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Tabela 2: da origem dos “nomes” do AT:

Data	Local	Agente	Nome
1960.	Brasil, Porto Alegre, Clínica Pinel.	Marcelo Blaya.	“Atendente grude” e “atendente psiquiátrico”.
1969.	Brasil, no Rio de Janeiro, Clínica Villa Pinheiros.	Carmem Dametto.	“Auxiliar-psiquiátrico”.
1970.	Argentina, Buenos Aires, “Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple em Psiquiatria” (CETAMP).	Eduardo Kalina.	“Amigo qualificado” (“ <i>amigo calificado</i> ”).
1971.	Argentina, Buenos Aires, “Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple em Psiquiatria” (CETAMP).	Eduardo Kalina.	“Acompanhamento Terapêutico” (“ <i>Acompañamiento terapéutico</i> ”).
1971 e 1976.	Argentina, Buenos Aires, Hospital Infante-Juvenil Carolina Tobar García.	Rodolfo Cerrutti.	“Líderes de grupo”.

Tabela 3: da origem do “cargo” oficial de AT (sistema público):

Data	Local	Administradores Públicos	Nome	Meio de ingresso
1998.	Brasil, Rio Grande do Sul, Viamão.	Eliseu Fagundes Chaves ²⁷ e Sandra Fagundes ²⁸ .	Acompanhamento Terapêutico.	Via “concurso público”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Com o presente trabalho, procurei, de forma extremamente sintética e objetiva, porém, fundamentada, deixar evidente que para falar da “origem” do AT precisamos levar em conta, no mínimo, a diferença entre criação da “prática”, do “nome” e do “cargo” de

²⁷ Prefeito do município de Viamão na época.

²⁸ Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social de Viamão/RS na época. Psicóloga, Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Coletiva.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

acompanhante terapêutico em nível público, sob pena de contarmos uma “história frágil”, pueril, além de deixar de lado importantes conquistas na área da saúde, na luta contra a “lógica manicomial”, sistema estigmatizador que não foi completamente erradicado, pois não mirra com a suposta destruição dos manicômios ou com a adoção de um viés clínico que se diga “livre das correntes”, seja ele Psicanalítico, Esquizoanalítico, Cognitivo, Comportamental, Humanista, Transpessoal, etc. Assim, não é a destruição de um local (manicômio) e a escolha de uma teoria psicológica que vai garantir “o salvamento”, um Acompanhamento Terapêutico livre!

Por fim, desejo, sinceramente, que o presente pequeno trabalho possa ser rapidamente superado, na medida em que “novos-antigos” dados históricos sejam resgatados em vários países, ampliando assim, com consistência, o tema do nascimento das “práticas”, dos “nomes” e dos “cargos” de Acompanhamento Terapêutico... que é uma das minhas queridas e caras frentes de ação.

BIBLIOGRAFIA:

- AAVV (1990); Revista Diarios clínicos, nº 2. Ediciones Diarios Clínicos, Buenos Aires.
- ANTONUCCI, R. (1994). Terapias Ressocializantes: O acompanhante terapêutico. In: ASSUMPÇÃO Jr. F.B.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo, Santos. p. 549-555.

- BASAGLIA, Franco (1982). A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, O Otimismo da Prática. 3º ed. São Paulo: Ed. Brasil Debates. 158p.
- CAMPBELL, Robert J. (1996). Dicionário de Psiquiatria. São Paulo: Martins Fontes. 644p.
- FOUCAULT, Michel (1989). Doença Mental e Psicologia. Tradução: Lilian Rose Shalders. 2º ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 99p.
- _____ (1997). História da Loucura: Na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1997. 551p.
- GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL (2000). Guia de serviços de saúde mental: Cuidar, sim. Excluir não. Porto Alegre.
- GUATTARI, Félix (1992). Caosmose: Um novo paradigma estético. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34. 203p.
- HEIDBREDER, Edna. Psicologias do século XX. 5. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981. 390p.
- IBRAHIM, César (1991). Do Louco à Loucura: O percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. p. 43-49.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

- JONES, Maxwell (1968). A Comunidade Terapêutica. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- KALINA, Eduardo (2003). Entrevista al Dr. Eduardo Kalina. In: MAUER, Susana Kuras de; RESNIZKY, Silvia. Acompañantes Terapéuticos: Atualización teórico-clínica. Buenos Aires: Letra Viva. 238p.
- LEMGRUBER, Vera (2004). As bases neurocientíficas da psicoterapia. In.: Viver mente & Cérebro. Ano XIII, nº 144. São Paulo: Duetto. p. 24-28.
- LERNER, Beatriz Dorfman (1984). Nuevo modo de investigar em psiquiatria: El acompañamiento terapêutico. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 30, 21-8. Argentina.
- MAUER, Susana Kuras de; RESNIZKY, Silvia (1987). Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Manual Introdutório a Uma Estratégia Clínica. Tradução: Waldemar Paulo Rosa. São Paulo: Papyrus. 164p.
- PELLICCIOLI, Eduardo (2004). O trabalho do acompanhamento terapêutico em grupo: novas tecnologias na rede pública de saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia da PUCRS. Orientadora: Neuza Maria de Fátima Guareschi. Porto Alegre, 2004. 112 f.

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

- PEREZ, Marcelo Blaya (2000). A Clínica. Acessado em: 30/10/2011. Disponível em: <http://www.clinicapinel.com.br/csPinelClinica.aspx>
- PULICE, Gabriel; ROSSI, Gustavo [1997]. Acompañamiento Terapéutico: Aproximaciones a su conceptualización, presentación de material clínico. Buenos Aires: Polemos Editorial. 161p.
- REIS NETO, Raymundo de Oliveira (1995). Acompanhamento Terapêutico: Emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ). Mestrado em Psicologia Clínica. Orientadora: Esther Arantes de Magalhães.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de (1990). Desinstitucionalização. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec. 112p.
- SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen (2009). História da psicologia moderna. São Paulo: Cultrix. 439p.
- SILVA, Alex Sandro Tavares da (2002). Acompanhamento Terapêutico & Vontade de Poder: Por um “fazer andarilho” em Psicologia. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Centro de

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico

Ciências da Saúde. Orientadora: Prof. Dra. Simone Mainieri Paulon. São Leopoldo. 85p.

- _____ (2003).
A Psicologia tomando a "rua" como setting: o "fazer andarilho". Em: JACQUES, Wilson Cleber Antunes (et al.). Histórias e Memórias de Psicologia: Trabalhos premiados no concurso comemorativo dos 40 anos de regulamentação da profissão de Psicólogo no Brasil. Porto Alegre, RS: CRP - 7º Região, 2003. p. 73-86.
- _____ (2005).
A Emergência do Acompanhamento Terapêutico: O processo de constituição de uma clínica. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Orientadora: Dra. Rosane Azevedo Neves da Silva. Porto Alegre/RS/Brasil. 13 de abril. 144p. Disponível em: <http://siteat.wordpress.com>
- WETZEL, Chritine (1995). Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul – RS. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, EERP-USP.

LISTA DAS AUTORAS & AUTORES

AUTOR & ORGANIZADOR:



Alex Sandro Tavares da Silva - psicólogo, mestre em Psicologia, psicoterapeuta, professor e supervisor em Acompanhamento Terapêutico (presencial & online), criador e editor do “Site AT” (<http://siteat.wordpress.com>) desde 05/08/2000, menção honrosa pelo Conselho

Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS) em 2003 com a produção: “A Psicologia tomando a ‘rua’ como *setting*: o ‘fazer andarilho’”. Autor do trabalho de conclusão de curso na graduação de Psicologia (UNISINOS): “A Vontade de Potência na/da Rua: Acompanhamento Terapêutico como dispositivo criador e descobridor de dispositivo” (aprovado com grau máximo e distinção em 2002). Autor da dissertação de mestrado em Psicologia (UFRGS): “A emergência do Acompanhamento Terapêutico: o processo de constituição de uma clínica” (aprovado com grau máximo e distinção em 2005). Possui vários artigos publicados em livros, revistas e periódicos nacionais e internacionais. Desde 2005, tem autorização do Conselho Federal de Psicologia do Brasil (CFP), protocolo nº 35, para prestar os “Serviços Psicológicos Mediados pelo Computador” (SPMC).

Consultório: Rua Francisco Ferrer, 441/306, bairro Rio Branco, Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 90420-140.

Fones: (5551) 3217-4300 | 9183-5253 | 3346-6762.

E-mail: alextavares@gmail.com

Site pessoal: <http://alextavarespoa.wordpress.com>

AUTORES & AUTORAS:



Alejandro Chávez - trabaja desde el año 2002 coordinando y supervisando equipos de acompañamiento terapéutico. Es psicólogo y psicoanalista, socio fundador de la Asociación de Acompañamiento Terapéutico y Teatro Espontáneo – Pasos, y Coordinador Técnico de varios Centros y Servicios de Rehabilitación Social y Discapacidad de la Comunidad de Madrid y Extremadura. Ha sido psicólogo del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Tetuán y ha colaborado en la creación y dirigido los Servicios de Acompañamiento Terapéutico de la Agencia Antidroga de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid, también ha sido Presidente de la Asociación Española de Acompañamiento Terapéutico y profesor de Psicología Social en la Universidad de Buenos Aires. Actualmente también coordina y es docente en cursos y talleres relacionados con la intervención socio-comunitaria y el acompañamiento terapéutico, apoyando la difusión de este dispositivo.

Dirección C/ Francisco Silvela 27. Madrid CP 28028.

Teléfono: 0034 666896061. Fijo 0034 914012951.

E-mail: achevez@cop.es

Blog: <http://alejandrochevez.blogspot.com>



Ana Celeste de Araújo Pitiá - doutorado na área de Saúde Mental USP/Ribeirão Preto/SP (2002). Consultora de Saúde Mental (2011-atual). Terapeuta de Acompanhamento Terapêutico (AT) (1996-atual); coordenadora e supervisora clínica em Cursos de Capacitação em Acompanhamento Terapêutico (AT) (2003-atual). Psicoterapeuta em Análise Bioenergética (2005). Mediadora de Conflitos e Facilitadora de Diálogos (2011-atual). Enfermeira psiquiátrica (1987). Graduanda em Psicologia (2011-atual). (COREn 40198). Autora de vários artigos e nos livros: “Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica” (Editora Vetor, São Paulo, 2005) e “o acompanhamento terapêutico (at): uma prática inovadora na saúde e estratégia de ação interdisciplinar”. In: HIRATA, M. (org) “Enfermagem em saúde mental: novas perspectivas” (Editora Yendis: São Caetano do Sul, 2011).

Endereço para correspondência: Av Dr. João Palma Guião, 863 – Alto da Boa Vista – Ribeirão Preto – SP. CEP- 14025350.

Fone: (16) 99922676.

E-mail: anaceleste2006@gmail.com



Gabriel Omar Pulice - Lic. en Psicología. Doctorando de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Área Temática: *El problema de la transmisión y los límites del lenguaje en la clínica psicoanalítica*. Investigador UBACyT.

Proyecto: Diagnóstico diferencial en paciente consumidores de PBC. Profesor Regular de la materia *Clínica Psicoanalítica I*, y Coord. Adj. de la Práctica Profesional *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico* (Cod. 800), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Psicólogo del Departamento Libertad Asistida, Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia. Supervisor de los Equipos de Salud Mental del Municipio de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, y de Cruz Roja Argentina, en esa filial. Coord. Docente y Supervisor del *Posgrado Clínico en Psicoanálisis en Causa Clínica* (Directora: Adriana Casaretto). Autor de los libros: *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico* (Letra Viva, 2011); *Investigar la subjetividad* (Letra Viva, 2007); *De Sherlock Holmes, Peirce y Dupin, a la experiencia freudiana* (Letra Viva, 2000); (Polemos, 1997 / Segunda edición corregida y aumentada, agotado); *Acompañamiento Terapéutico* (Xavier Bóveda, 1994 / Primera edición, agotado). Facebook: Gabriel O. Pulice. E-mail: gopulice@gmail.com



Gustavo Pablo Rossi - Lic. en Psicología. Psicoanalista. Prof. Adjunto a cargo de la Materia: Práctica Profesional Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico, Cátedra I (cod.687), Facultad de Psicología UBA. Investigador UBACYT, sobre el tema "Historia de las anormalidades y locuras infantiles en Buenos Aires, 1880-1930". Docente del Posgrado de la Facultad de Psicología UBA. Presidente del Capítulo de Acompañamiento Terapéutico de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Miembro del Capítulo de Historia y Epistemología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Director del Comité de Redacción de la Revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina. Ha publicado artículos y libros sobre Acompañamiento Terapéutico, y dicta cursos en distintas ciudades de la Argentina y en otros países, en ámbitos universitarios e instituciones asistenciales.
Teléfono: +54 011-48664975 / +54 011-15-44158120.
E-mail: grossi@sinfomed.org.ar
<http://www.actoterapeutico.com.ar>



Juan Manuel Rodríguez Penagos -
Psicoanalista, Doctorado en Psicopatología
Fundamental y Psicoanálisis por
Universidad de Paris-7, Tesis con mención
honorífica (très honorable.). Maestría (DEA)
en Psicopatología Fundamental y
Psicoanálisis, Universidad de Paris-7,

Francia. Denis-Diderot. Pasante de Maestría en Teoría
Psicoanalítica del Centro de investigación y estudios
psicoanalíticos. (CIEP) Mexico. Tallerista de Música.
Acompañante Terapéutico. Docente de posgrado en
universidades de la ciudad de México y 6 estados de
México. Conferencias dictadas en México, Brasil y
Francia. Autor de 10 artículos en revistas especializadas
de México, Brasil y Costa Rica. Miembro fundador del
Foro Psicoanalítico Mexicano y de la sociedad
internacional de psicoanálisis y filosofía. Seminarios
Privados sobre clínica de las psicosis. Publico el libro:
Temporalite et psychose: une etude de trois cas. En
Alemania. Saxofonista de Jazz.

E-mail: manerodr@yahoo.com



Kleber Duarte Barretto – Acompanhante Terapêutico desde 1987, Psicólogo pelo Instituto de Psicologia da USP (1989); Mestre (1997) e Doutor (2002) em Psicologia Clínica pela PUC-SP; membro fundador da AAT- Associação de Acompanhamento Terapêutico e do LET-

Laboratório de Estudos da Transicionalidade; criador (1998), líder e supervisor do Estágio em AT para os alunos de quinto ano do Curso de Psicologia da Universidade Paulista-UNIP; pesquisador no campo do AT pela UNIP tendo concluído dois projetos de pesquisa na área: Acompanhamento Terapêutico (1997-1998) e Estética e Po-Ética no Acompanhamento Terapêutico: veredas rosianas (2009-2011) e outro em andamento: Acompanhamento Terapêutico: configurações do mundo-da-vida e literatura (2011-2013). Autor do livro *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Don Quixote e Sancho Pança* (Unimarco-Sobornost, 3ª edição).

E-mail: kleberbarretto@gmail.com



Mauricio Porto - psicanalista, acompanhante terapêutico, docente do Curso de Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP, participante do Curso de Introdução e do Estágio Assistido em Acompanhamento Terapêutico, em São

Paulo, Brasil.

Autor de artigos em diversos livros e revistas.

Rua Duartina, 319 - São Paulo – SP. CEP 01256-030.

Telefone: 3871-1261.

E-mail: mauricioporto@uol.com.br



Marco Antonio Macías López - licenciatura en Psicología, Maestría en Psicología Clínica, Doctorado en Psicología Clínica, investigador del Centro de Investigaciones Psicológicas y Educativas de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Mención honorífica en el Premio Alejandrina a la Investigación 2000. Perteneció como candidato en el Sistema Nacional de Investigadores de 2002 a 2005. Libros Publicados: “Un estudio psicoanalítico sobre el duelo” (Ed. U.A.Q.); “Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico” (Ed. Plaza y Valdes, 2007); “Experiencias Breves. Suicidio y accidentes de niños” (Ed. Fontamara, 2009). Creó el primer diplomado en México sobre el tema de Acompañamiento Terapéutico. Responsable de la creación del programa de Doctorado en Psicología y Educación de la Fac. de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro.

E-mail: marco58f@yahoo.com.mx



Marisa Pugès - Psicóloga especialista en psicología clínica, psicoanalista. Coordinadora de Acompanyament terapèutic Comunitari, equipo de acompañamiento terapéutico en Salud Mental y Discapacidad

Intelectual.

Dirección: Balmes 203 3º 1ª 08006 Barcelona (España).

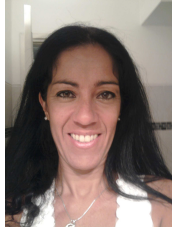
Teléfono: 34 93 415 96 06.

E-mail: acompterap@gmail.com

Blog: www.acompanyamenterapeutic.blogspot.com

Facebook group: Acompanyament Terapèutic Barcelona.

atbarcelona-subscribe@yahogroups.com



Mayda Portela - Psicóloga. Psicóloga consultorio particular.

Docente de AT en la Universidad Católica.

Presidenta de AATU (Asociación de Acompañantes Terapéuticos del Uruguay).

Psicóloga en Hogar de internación de menores por convenio con INA.

Montevideo. Uruguay.

Celular: 099.466538.

E-mail: licportela@gmail.com



Silvia Resnizky - Licenciada en Psicología. Psicoanalista (APdeBA), miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional, y docente de su Instituto de formación. Especialista en Niñez y Adolescencia.

Autora de los siguientes libros:

“Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos”, 1985, Editorial Trieb. “Acompanhantes Terapéuticos e pacientes psicóticos – Manual introdutorio a uma estratégia clínica”, 1987, Brasil. Editorial Papirus. “Psicoanalistas, un autorretrato imposible”, en coautoría con S. Moscona, 2002, Lugar Editorial. “Acompanhantes Terapéuticos atualização teórico-clínica”, 2003, Editorial Letra Viva. Territorios do Acompanhamento terapeutico. Editorial Letra Viva 2006. “El acompañamiento terapéutico como dispositivo”. Editorial Letra Viva, 2011.

Dirección: Julian Alvarez 1555. Cod Postal 1414.

Teléfono: (5411) 4823-6743.

E-mail: resnisilvia@gmail.com



Susana Kuras de Mauer - Licenciada, psicóloga y psicoanalista (APdeBA), miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional, y docente de su Instituto de formación. Especialista en Niñez y Adolescencia. Autora de los siguientes libros: “Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos”, 1985, Editorial Trieb. “Acompanhantes Terapéuticos e pacientes psicóticos – Manual introdutorio a uma estratégia clínica”, 1987, Brasil. Editorial Papirus. “Psicoanalistas, un autorretrato imposible”, en coautoría con S. Moscona, 2002, Lugar Editorial. “Acompanhantes Terapéuticos atualização teórico-clínica”, 2003, Editorial Letra Viva. Territorios do Acompanhamento terapeutico. Editorial Letra Viva 2006. “El acompañamiento terapéutico como dispositivo”. Editorial Letra Viva, 2011.
Dirección: V. de Obligado 4153, (1429) Ciudad de Buenos Aires.
Teléfono: (5411) 4703-1769.
E-mail: susimauer@gmail.com

E-Book AT:

Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico



AUTOR & ORGANIZADOR:

Alex Sandro Tavares da Silva (Brasil)

COLABORADORES:

Alejandro Chévez (Espanha)
Ana Celeste de Araújo Pitiá (Brasil)
Gabriel Omar Pulice (Argentina)
Gustavo Pablo Rossi (Argentina)
Juan Manuel Rodríguez Penagos (México)
Kleber Duarte Barretto (Brasil)
Marco Antonio Macías (México)
Mauricio Porto (Brasil)
Marisa Pugès (Espanha)
Mayda Portela (Uruguay)
Silvia Resnizky (Argentina)
Susana Kuras de Mauer (Argentina)



E-Book AT

Considerações no
acompanhamento terapêutico

O "E-Book AT: considerações clínicas" tem como um de seus objetivos a trazer e proporcionar o conhecimento a respeito da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) para toda a população, seja para profissionais de saúde que atuam em diferentes níveis de atenção, seja para o paciente que busca um atendimento terapêutico, seja para quem quer saber mais sobre o AT, suas possibilidades, e para quem quer saber mais sobre o AT.

O "E-Book AT" foi criado com o objetivo de proporcionar a quem quer saber mais sobre o AT, um material de consulta rápida e fácil, que possa ser utilizado em qualquer lugar e a qualquer momento, seja para quem quer saber mais sobre o AT, seja para quem quer saber mais sobre o AT.

