

## CAPÍTULO 4

# La construcción del caso y la orientación de la cura en el Acompañamiento Terapéutico

*Carolina Barrionuevo, Jessica Bergman  
y Gabriel Omar Pulice*

*Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico II*

El progreso de Freud, su descubrimiento, está en su manera de estudiar un caso en su singularidad. ¿Qué quiere decir estudiarlo en su singularidad? Quiere decir que esencialmente, para él, el interés, la esencia, el fundamento, la dimensión propia del análisis, es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales

Jacques Lacan, LOS ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD

### Introducción

Nos proponemos examinar en este capítulo un concepto que ha sido ya destacado como el articulador esencial entre lo más *singular* de la clínica y lo más general y abstracto del *corpus* conceptual y teórico de las diversas disciplinas que pueblan el campo de la subjetividad: el *caso clínico*. Como fue señalado oportunamente (Pulice, 2011), resulta determinante establecer con precisión, en primer lugar —tanto para la *praxis* como para la investigación de *lo subjetivo*—, el valor y la función que se le asigna a este término. Pero daremos esta vez un paso más, para avanzar en nuestra articulación conceptual sobre la complejidad específica del tema que nos ocupa, a partir de ciertos interrogantes que no solamente tendrán un interés epistemológico: ¿Cómo se construye un caso? ¿Desde qué lugar participa el/la acompañante terapéutico/a (at) en esa construcción? ¿Cuál es la conexión, en aquellos tratamientos de abordaje múltiple, entre la construcción del caso y la configuración del encuadre y el dispositivo? Y por último: ¿de qué modo todo eso está articulado con la construcción del vínculo transferencial?

En este contexto, uno de los aspectos que nos interesa indagar es aquello que tiene que ver con la *investigación clínica* y que nos remite a la tarea que un Acompañamiento Terapéutico (AT)

sostiene en el abordaje de cada sujeto: ¿podría pensarse esto de otro modo que como una investigación? Pero hay otro nivel del problema, no menos importante, que también tenemos el propósito de retomar aquí: de qué modo este trabajo de investigación clínica —esto que un AT realiza en los tratamientos— podría transmitirse; vale decir, cómo podría ser de utilidad para la orientación del tratamiento de sujetos y tener, además, algún valor de referencia para el trabajo en otros AT. Es decir, cómo podría pensarse esta *transmisibilidad* en términos de que algo de esa experiencia que un at acopia luego del acompañamiento de distintos/as acompañados/as, pueda llevar a una abstracción conceptual que tenga algún valor científico, en tanto que esa experiencia sea de algún modo verificable y reproducible.

En lo que sigue, por consiguiente, nos proponemos examinar en profundidad la formulación lógica de *un caso clínico* en su conexión con la configuración del vínculo y la posición del at en transferencia, desde la perspectiva del psicoanálisis, y en el campo específico del *Acompañamiento Terapéutico*. A modo de ilustración, incluimos en este recorrido la presentación de dos historiales clínicos —los casos de *Lourival* y *Soledad*—, que esperamos resulten de utilidad para optimizar la transmisión de los complejos desarrollos conceptuales que abordaremos aquí.

## Sobre los orígenes del caso clínico

La palabra *caso* tiene, como todo significante, un valor polisémico. Entre otras acepciones, nos remite, por ejemplo, al ámbito jurídico y también al ámbito detectivesco o policial, y podemos decir que a comienzos del siglo XIX, la literatura ya nos ofrece sus primeros *casos* en la obra de Edgard Allan Poe y el Chevalliere Dupin, siendo este género literario retomado luego magistralmente —algunas décadas más tarde—, por Arthur Conan Doyle, con el detective más famoso de todos los tiempos: Sherlock Holmes. Por su parte, en el campo de la medicina —tal como fue señalado anteriormente en otra publicación—, el caso clínico se define como la presentación individual de determinada enfermedad, y por esta vía el caso toma rápidamente el valor del paradigma que ejemplifica lo que formula el enunciado general (Barrionuevo et al., 2014). Según se observa en ese mismo escrito, si bien la construcción de casos clínicos tiene para el psicoanálisis un origen común con la psiquiatría clásica, pasará sin embargo a imprimirle su propia marca: en ella los casos eran utilizados como modo de transmisión y creación de su cuerpo teórico, sometidos a discusión y ubicados en un sistema de clasificación. Lo cual, además de posibilitar un lenguaje común, genera un efecto de reconocimiento de orden clínico que apacigua y mitiga cualquier angustia frente a lo inabordable de una situación clínica. Con la invención del psicoanálisis, Freud propone una terapéutica para las neurosis de carácter universal y como tal, en tanto hombre de ciencia, ubica la necesidad de que ese saber inédito sea comunicado públicamente:

Opino que el psicoanalista no sólo ha contraído obligaciones hacia sus enfermos como individuos, sino hacia la ciencia. Y decir hacia la ciencia equivale,

en el fondo, a decir hacia muchos otros enfermos que padecen de lo mismo o podrían sufrirlo en el futuro. La comunicación pública de lo que se cree saber acerca de la causación y ensambladura de la histeria se convierte en un deber (Freud, 1905, p. 8).

Recurre entonces a la forma novelesca, siguiendo el modelo goethiano, para transmitir la verdad de su clínica. Se destaca que es partir de aquí que el caso clínico toma una modalidad narrativa. Su construcción encuentra entonces, bajo la forma del «*historial clínico*», los comienzos de su especificidad y evolución. En 1907, con *El delirio de los sueños en la Gradiva de W. Jensen*, Freud inaugura en el campo del psicoanálisis la ilustración, a través de una ficción literaria devenida en caso, del valor clínico de cierta puntuación u ordenamiento de los elementos singulares de un relato (Barrionuevo et al., 2014).

## Especificidad de la noción de caso, en el campo de la subjetividad

A partir de la experiencia freudiana, podemos situar el *caso clínico* —como señalamos en el inicio— como el articulador esencial entre lo más *singular* de la clínica, y lo más general y abstracto del *corpus* conceptual y teórico de las diversas disciplinas que pueblan el campo de la subjetividad. Y elegimos introducir el tema con aquella cita de Lacan porque traza las coordenadas desde donde lo abordaremos: más allá de su propia existencia, hay un lugar que el sujeto viene a ocupar, en un entramado simbólico que lo precede. Veremos que no es éste un tema menor sino que, por el contrario, tanto para la *praxis* como para la investigación de *lo subjetivo*, resulta determinante establecer con precisión el valor y la función que se le asigna a este concepto. En consecuencia, cabe realizar entonces una primera y sustancial distinción, para lo cual podemos remitirnos al estudio con el que Nasio (2011) introduce su compilación sobre *Los más famosos casos de Psicosis*. Leemos allí que en el discurso médico, la palabra *caso* adquiere un sentido muy diferente y hasta opuesto al sentido psicoanalítico. Para la medicina la idea de un caso remite a un sujeto anónimo representativo de una enfermedad, y para el psicoanálisis, “expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige” (Nasio, 2001, p. 15). Podemos esquematizar tal disensión del siguiente modo:

	DISCURSO MÉDICO	PSICOANÁLISIS
CASO	Se trata de un “particular” de una ley general cognoscible y univertalizable	Alude a un “real” que remite a una legalidad singular e inconsciente

Este esquema no guarda demasiada distancia respecto de aquél que fuera presentado hace algunos años a propósito de la oposición entre el *Paradigma indiciario* propuesto por Carlo Ginzburg —en el que se incluiría el Psicoanálisis—, y el paradigma de la *Física Galileana*, en el que

se inscribe el discurso médico: allí donde éste prioriza lo mensurable, repetible y clasificable, las coincidencias y generalizaciones; aquél pondrá en el centro de su interés lo irrepetible, lo original, el hecho sorprendente, en suma, lo propiamente *singular* (Pulice et al., 2000).

La noción de *caso* que se desprende de una u otra de esas posiciones, es radicalmente distinta; y, si bien no nos detendremos aquí en una nueva revisión de temas que ya fueron desarrollados oportunamente en profundidad, conviene sin embargo no perderlos de vista, pues son el soporte del recorrido en el que ahora nos proponemos avanzar.

Tomando como referencia las formulaciones de Ludwig Wittgenstein en sus *Investigaciones filosóficas*, podemos proponer con mayor grado de rigor: un *caso* es la narración, la expresión, la representación, el símbolo de un hecho clínico, de un *estado de cosas* determinado. Hacemos referencia a ese estado de cosas —una determinada experiencia clínica—, con proposiciones (Wittgenstein, 1999). Podemos partir de la hipótesis de que el caso clínico, escrito o narrado, mantendrá la singularidad de su forma lógica, en consonancia con la singularidad del *real*<sup>3</sup> que, en cada ocasión, estemos investigando, indagando o analizando. Si el analista —o, en nuestro caso, el acompañante terapéutico— está acertadamente orientado respecto de su posición transferencial, será sin dudas él mismo quien nos podrá transmitir la lógica puesta en juego en sus intervenciones, así como sus propios interrogantes o conjeturas. Si no lo está, de todos modos será inevitable que, en su propia desorientación, lo esencial de la configuración de esa escena en la que está tomado —aún desconocida por él— resulte posible captarla en ese mismo material que presenta —por ejemplo, en el marco de una reunión de equipo o una supervisión—, siendo ese mismo *extravío* un importante indicio sobre cuál es la trama en la que está *afectado* transferencialmente.

Llegamos así a lo propiamente distintivo del psicoanálisis en su formulación del caso clínico, y esto es que la lógica de esa configuración sólo podrá extraerse a partir del despliegue que se hará de ella en el seno mismo del vínculo transferencial: si como propone Lacan, *la transferencia es la puesta en acto de la realidad sexual del inconciente*, esto quiere decir que sólo a partir de lo que allí se despliega —en el *aquí y ahora* del vínculo transferencial—, podrá comenzar a captarse eso que intenta de algún modo expresarse, hacerse oír, aún —y precisamente— cuando al mismo tiempo resiste toda representación. Nuestra tesis es entonces la siguiente: la *construcción del caso*, en la clínica psicoanalítica, no se limita a la narración, la expresión, la escritura, el símbolo de un hecho clínico o de un estado de cosas determinado. La *construcción del caso* coincide con la experiencia misma del trabajo clínico y la configuración de los vínculos con las diversas instancias intervinientes —en la complejidad que esto se presenta en los casos de abordaje múltiple—, sus impases temporales, sus vicisitudes trágicas y dramáticas, sus iteraciones<sup>4</sup> e imposibles.

<sup>3</sup>En Lacan, el concepto de *real* irá encontrando diversos ensayos de definición, excediendo las posibilidades de abordar el tema exhaustivamente en este capítulo. No obstante, podemos situar en una primera aproximación que aludimos con este término a cierto registro de la experiencia que *carece de representación* tanto a nivel de la imagen —registro *imaginario*—, como de la palabra—registro *simbólico*—, al que sólo se puede acceder a partir de sus efectos.

<sup>4</sup> En matemática, la *iteración* se refiere al proceso en que una función es aplicada repetidamente. Otro uso de la iteración en matemáticas es en métodos iterativos que se usan para producir soluciones numéricas aproximadas a ciertos

El pequeño detalle, lo distintivo de la clínica de orientación psicoanalítica, es que si esas cosas nos interesan, es decir, si nos interesa transitar como analistas o acompañantes terapéuticos esa experiencia junto a quien nos lo ha solicitado, no es ni más ni menos en la medida en que *podemos ofrecer al menos algún alivio a su padecimiento psíquico*. No obstante, para que la cosa llegue a buen término, se pone a prueba inevitablemente el *oficio*, el *saber hacer* con las distintas contingencias que se van presentando en la tarea. Entendiendo que es a eso a lo que se refiere Freud cuando dice que lo más importante, en el devenir de un tratamiento, es aquello que se pone en juego en el *manejo* de la transferencia. Señalamiento que abre una fuerte línea de interrogación acerca de cómo conceptualizarlo, específicamente, con aquellos usuarios que requieren abordaje múltiple.

La transferencia, en tanto *puesta en acto de la realidad sexual del inconciente* —tal como propone Lacan en una formulación que mantendrá su vigencia hasta el final de su enseñanza—, implica entender el dispositivo analítico como el montaje que oficia de *trampa de caza* para que cierta escena se despliegue, cuyas coordenadas se imponen al sujeto precipitándolo —en todas las versiones posibles— al mismo *mal-estar*, a ese resto no tramitado de insatisfacción incubado desde el singular encuentro entre ese *recién venido* y el *Otro* primordial, y sus posteriores avatares en los distintos momentos de su estructuración subjetiva. Para reconocer sus singulares coordenadas de configuración, para visualizarlas, para construirlas y llegar a captarlas en el devenir del tratamiento, apenas partimos de algunos indicios, vestigios vivos de lo que, desde el advenimiento mismo del sujeto en tanto tal, permanece habitándolo con plena potencia actual:

Nosotros —quienes participamos del abordaje clínico de un sujeto— nos vamos a enfrentar trabajando, no con la escena, sino a partir de los restos. No se trata simplemente de los restos acumulados, de lo que venía de la escena cuando, si puedo decir así, la escena estaba de gira». Esos restos, pasarán a ser la vía privilegiada de acceso al escenario de lo inconsciente, o en otras palabras: a la Otra escena. Siguiendo la cita: «Es como si dijéramos: de una escena teatral, lo que queda, un sillón, un vestido, un pañuelo, pequeñas cosas, cuando la escena ya no está ahí. Es decir que, para llegar a la escena, vamos a trabajar muchas veces con sus restos, una vez que la escena se fue (Rabinovich, 2011, s/n).

Sólo a partir de esta compleja reconstrucción —que incluye, en su valor indicial de transmisión, los mudos registros de la afectación del sujeto—, se encontrarán, en el devenir del acompañamiento, las claves de lectura que permitirán precisar las coordenadas de la *posición* transferencial del AT, para poder instrumentar desde allí aquellas maniobras que posibiliten arribar al sujeto —en los límites de su producción discursiva— a ese umbral desde el cual podrá restar

---

problemas matemáticos. El método de Newton es un ejemplo de un método iterativo. En programación, *iteraciones* la repetición de un segmento de código dentro de un programa de computadora. Puede usarse tanto como un término genérico —como sinónimo de repetición— como para describir una forma específica de repetición con un estado mutable. Cuando se usa en el primer sentido, la recursividad es un ejemplo de iteración, pero que usa su propia notación —notación recursiva—, que no es el caso de iteración. Sin embargo, cuando se usa en el segundo sentido —caso más restringido—, la iteración describe el acto de repetir dentro del estilo de programación *imperativa*.

consistencia, atravesar o disolver —en el mejor de los casos— aquellas escenas que sobreterminan su padecimiento psíquico. Vale decir: acceder a la captación de su configuración afectiva *desde dentro*. Allí, el modo singular de afectación —*en* transferencia— de cada uno de los profesionales intervinientes, pasa a cobrar un decisivo valor *indicial*, en tanto evocación de lo que no se puede decir.

Ese trabajo de investigación clínica incluye entonces poder interrogarse acerca de la configuración del dispositivo y el encuadre en la articulación del trabajo interdisciplinario. ¿Cómo conceptualizar, en su valor operativo, el concepto de *transferencia*, cuando en el tratamiento de un sujeto son requeridas diversas instancias de intervención? ¿De qué modo habrá de articularse ese múltiple despliegue transferencial, con la configuración del dispositivo y la orientación de la cura?

## Construcción del caso ◇ configuración del dispositivo

En distintos momentos de su recorrido y enseñanza, Lacan retoma la indagación freudiana acerca de los límites del dispositivo analítico. Pregunta abierta, y de fuertes implicancias éticas, que tiene como correlato la necesidad de repensar los criterios de *analizabilidad* e incluso sobre cómo *generar condiciones de analizabilidad* en casos que no se presentan desde su inicio en la modalidad de la *demanda de análisis* tradicional, pero en los que la experiencia clínica posibilitó verificar que a partir de las maniobras adecuadas, pueden producirse en determinado momento las condiciones necesarias para la enunciación de esa demanda *latente* o *no explicitada*, por parte del mismo sujeto.

Entendiendo que eso sobre lo que estamos convocados a intervenir, no se trata simplemente de algo que ha sido olvidado, no se trata del pasado olvidado del sujeto, sino de algo que *habita* al sujeto: eso que lo desgarrar y lo divide, no es un simple recuerdo, no es algo reprimible, sino que tiene plena actualidad. ¿Pero entonces eso, de qué se trata? Resulta oportuno destacar aquí que, desde la perspectiva del psicoanálisis, el *padecimiento psíquico* remite a la incomodidad, incluso al dolor que produce al sujeto el lugar en que se siente situado por el *Otro*. Por otra parte, dado que eso que se repite —o más bien, que *no se puede dejar de repetir*— no es necesariamente localizable en un hecho concreto, habrá que construirlo a partir de sus indicios, es decir, de aquello que se despliega transferencialmente en cada una de las instancias que participan del dispositivo de tratamiento. Y por nuestra parte, esperamos generar las condiciones para que, en la medida que esa *Otra escena* se vaya desplegando en el entramado de las distintas escenas y escenarios por los que transitan el AT y su acompañado, se empiece a hacer posible —a partir de su captación, interpretación y supervisión en las instancias correspondientes— orientar las intervenciones del AT a fin de ir tramitar ese padecimiento psíquico en el marco del dispositivo, *en* transferencia.

Pues bien, resulta oportuno en este tramo de nuestro recorrido pasar en limpio la *tesis* en que se enhebran los distintos temas abordados en este capítulo: que desde la perspectiva del

psicoanálisis, y en el campo específico del acompañamiento terapéutico, no hay construcción del caso sino en íntima conexión con la configuración del vínculo transferencial, aún —y particularmente— en la complejidad que esto presenta en los casos de abordaje múltiple; y que además, sólo a partir de allí será posible —más allá de cuál fuera el encuadre o los objetivos iniciales— articular con alguna precisión las diversas instancias que participan, o habrán de participar, en la construcción del dispositivo.

Compartiremos a continuación dos historiales clínicos —los casos de *Lourival* y *Soledad*—, con los que nos proponemos ilustrar los desarrollos conceptuales que fuimos exponiendo hasta aquí.

## La percusionista

El pedido de acompañamiento para *Soledad* —de 15 años de edad— se realizó cuatro años atrás, con el objetivo de realizar salidas con ella los fines de semana que habilitaran cierto tiempo libre a su madre, quien se encontraba agobiada «por estar todo el tiempo a disposición de su hija». Curiosa afirmación, dado que la madre no sólo se mantuvo prácticamente al margen del acompañamiento durante los primeros seis meses de trabajo, sino que al momento de la solicitud de acompañamiento, *Sole* concurría a un Centro Educativo Terapéutico de doble jornada. La joven estaba diagnosticada desde hacía ya varios años como un caso de autismo, y no se comunicaba mediante lenguaje oral. La primera consulta se realizó a los 3 años de edad por sugerencia del jardín de infantes al que por entonces comenzaba a asistir. En ese momento, los padres mencionaron que su hija “no hacía caso, corría sin rumbo fijo, se tiraba al piso despatarrada, estaba ensimismada, aislada, tiraba la comida al suelo, y se la comía”. Respecto de su historia familiar, se destacan algunos datos significativos. *Soledad* y *Amparo* —su hermana melliza— nacieron después de muchos años de matrimonio. Sus padres realizaron numerosos tratamientos de fertilización asistida en la búsqueda del embarazo. De su relato, se escucha una historia de mucho desamparo y soledad durante sus propias infancias y adolescencias, así como también diversas dificultades referidas a su posicionamiento respecto de la asunción de las funciones parentales. El embarazo fue vivido por ambos de manera “traumática y con mucho miedo”. Del relato materno, se desprenden algunas ideas delirantes surgidas al tener a sus bebés dentro de la panza. Por otra parte, durante el embarazo, ella sufrió la pérdida de su abuela, referente muy importante en su propia crianza. Asimismo, el padre subrayó que no estaban preparados para tener dos hijas: “Somos un matrimonio que era para tener una sola”. Al nacer las mellizas, la madre reconoce haber tenido también serias dificultades para conectarse con ellas, habiendo estado muy sola en todo ese tiempo. Menciona la desesperación que sintió cuando le trajeron las dos bebés y la impresión que le daba darles la teta.

De entrada, allí donde sólo se esperaba *una*, podemos situar una pregunta fuerte: ¿Qué lugar de alojamiento esperaba a esta niña, en el campo del deseo del *Otro*? Lacan (1957), en su seminario sobre *Las formaciones del inconsciente*, puntúa cómo los hilos de lo simbólico son

movidos antes de que el sujeto tenga su llegada al mundo: “La frase ya ha sido empezada antes de él, ha sido empezada por sus padres” (Lacan, 1957, p. 192). Agregando algunos años después, en su *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*:

Los padres modelan al sujeto en esa función que titulé como simbolismo. Lo que quiere decir, estrictamente, no que el niño sea el principio de un símbolo, sino que la manera en que le ha sido instalado un modo de hablar, no puede sino llevar la marca del modo bajo el cual lo aceptaron los padres (Lacan, 1975, p 124).

Abierta esa pregunta acerca de cuál sería el lugar —o el no lugar— de alojamiento de *Sole* en el deseo de sus padres en su venida al mundo, surge asimismo, en el inicio de la intervención, otro interrogante de considerable importancia: transcurridos más de diez años de aquella primera consulta y no observándose que se hayan obtenido mayores resultados de esos tratamientos previos, ¿qué podría esperarse del acompañamiento terapéutico?

Como punto de partida, se organizó una entrevista individual inicial con el padre y luego un encuentro con la joven, su padre, la coordinadora del acompañamiento y los dos AT —un varón y una mujer— propuestos para integrar el equipo, a fin de acordar las pautas de trabajo. En la entrevista con el padre, cuenta que su familia tiene pocos amigos y casi no salen de su casa. Respecto del primer encuentro en que se incluyó a *Sole*, transcurrió durante una primera parte en el consultorio de la coordinadora, continuando a la hora siguiente en la plaza aledaña al consultorio. En el espacio cerrado, se ofrecieron a la adolescente diferentes objetos: *Sole* eligió un tambor, sobre el cual golpeaba rítmicamente con su mano al igual que sobre su cuerpo, el cuerpo de los acompañantes, las paredes y las puertas del consultorio. Por momentos, deambulaba en círculos sin detenerse, bordeando las paredes del consultorio. Conducta que se observó también en la plaza, en donde además sacaba de la mano de cualquier persona que anduviera por allí la comida que tenía, para luego engullir. En suma, se desplegó, ya en ese primer encuentro, un inquietante menú de presentación.

## Un circuito posible para *Sole*

Luego de ese encuentro de evaluación inicial, se pautó que el acompañamiento consistiría en una salida a plazas y parques aledaños a la casa de la joven, un día de la semana y uno del fin de semana, por un tiempo de dos horas cada vez, con alternancia de los dos acompañantes. Como estrategia clínica, se pensó en el armado de un recorrido constante hacia la plaza; vale decir, un circuito repetido en el que se podrían ir agregando gradualmente algunas variables. Una vez en la plaza, *Sole* jugaba con las palas en la arena, y con la finalidad de detener su búsqueda compulsiva de comida, se propuso el momento del *pic-nic*: la delimitación de un tiempo en el cual merendar. Así, se colocaba el mantel en el césped para sentarse y recortar un espacio, el acompañante sacaba de su mochila galletas y gaseosa, a fin de diferenciar lo que era de *Sole*

y la comida que pertenecía a otros. Ese momento apuntaba también a producir una escansión temporal, generando un corte respecto del juego con las palas en la arena. Para los días de lluvia, se incluyó una merienda con medialunas en la cafetería de una estación de servicio, donde la joven escogió su mesa preferida.

Transcurrido un tiempo de trabajo, se agregó a los paseos el uso del transporte público para los traslados, ampliando así el circuito del recorrido a otros parques. Paseos que, a su vez, movilizaron la iniciativa de realizar salidas en familia, pues hasta ese momento las mellizas y sus padres permanecían encerrados en casa. En una oportunidad, la madre se contactó telefónicamente en medio de una de estas salidas para contar que *Soledad* estaba pronunciando el nombre de su acompañante y que creía que era porque asociaba las salidas con ella. Asimismo, es de destacar que al poco tiempo de iniciado el acompañamiento, comenzó a fijar la mirada, que hasta ese entonces parecía pérdida.

Pasear en familia, pronunciar el nombre de su acompañante, fijar la mirada... ¿qué valor clínico asignar a estos nuevos indicios? ¿qué incidencia podrían tener estos novedosos *acontecimientos* en la lectura del caso y la orientación de las intervenciones?.

Un detalle importante que se registró también en los inicios del trabajo en su domicilio fue que la madre permanecía encerrada en la cocina mirando novelas, mientras chateaba en varios foros sobre esas novelas. Antes de irse, la acompañante comenzó a preguntar y conversar con ella sobre eso, intervención que tuvo como resultado que la madre comenzara de a poco a incluirse activamente en el dispositivo, ofreciéndose incluso a participar en las salidas en transporte público y empezando a comunicarse con el equipo para comentar semanalmente sobre el trabajo de su hija en el centro educativo o, en algunas ocasiones, mencionar lo difícil que era lidiar diariamente con *Sole*, pidiendo algún consejo. A partir de ese momento, se comenzaron a realizar —además de las reuniones con el padre— entrevistas entre la madre y la coordinadora del acompañamiento. En las mismas, además de conversar sobre las inquietudes actuales que referían los padres de *Sole*, se buscaba armar la historia familiar. El alojamiento de los padres en las entrevistas y en el dispositivo posibilitó otro reposicionamiento de ellos como padres en relación a sus hijas.

Así, esos movimientos subjetivos que se empezaron a observar por parte de *Sole* a lo largo del trabajo —como pronunciar el nombre de su acompañante, y tomar posición en su propia mirada—, fueron acompañados por ciertos reposicionamientos de sus padres. Esa misma madre que, en un primer momento afirmaba que «no hacía falta que se le hable a su hija, pues no entiende nada», empezó de pronto a decir: «es muy viva y entiende todo». Por su parte, el padre también comenzó a registrar cómo *Sole* se hacía presente en la escena familiar, trayendo por ejemplo algún objeto que estaban buscando o una factura de servicios a pagar que no encontraban. Sorpresivamente, algo se había comenzado a movilizar, haciéndose visibles en *Sole* los primeros esbozos de un nuevo modo de presencia e implicación subjetiva.

## La música de la familia

Desde el primer encuentro —como decíamos anteriormente—, estuvo presente en el acompañamiento ese tambor ofrecido por el equipo, por el cual *Sole* había mostrado un particular interés, pudiendo observarse la relación especial que la joven establecía con lo sonoro. La música suele ser algo que la atrae, ya sea una murga en la plaza, una canción en el celular del acompañante o la radio a todo volumen en alguna gomera de la zona. Presenta un gran interés por la cumbia, las canciones de *Spinetta*, la voz de *Cerati* y *Cristian Castro*, así como también por la música japonesa y las melodías románticas de *Luis Miguel*: “Los acompañantes conocen los gustos musicales de mi hija como nunca nadie antes lo había *hecho*”, observó la madre de *Sole*. El gusto por la música y esos cantantes es algo que comparte también con sus padres. Siempre que escucha música detiene su marcha, a veces se queda parada sin moverse, otras veces baila o mueve su cabeza con una sonrisa. En alguna oportunidad logra vocalizar algunas palabras melódicamente. En su casa, se pasaba el día golpeando distintos objetos: mesa, sillas, puertas, paredes e incluso su propio cuerpo. Especialmente en el pecho, llegando a lastimarse. Sus padres le habían construido una pechera de almohadón, para protegerla de sus propios golpes. Se estableció con ellos que durante el acompañamiento no usaría la pechera para que se pudiera trabajar con la joven sobre el manejo de esa impulsividad. Ahora bien, ¿cómo capitalizar clínicamente el interés de *Sole* por la música? ¿de qué modo ponerlo al servicio de apuntalar ese reposicionamiento subjetivo que había empezado a esbozar?

A lo largo de los encuentros, el tambor se fue convirtiendo en un objeto protagónico, mediador del lazo al otro. Desde el acompañamiento se empezó a nombrar a *Sole* como «*la percusionista*». Asimismo, se fue ofreciendo ese tambor como el lugar adecuado para encauzar sus golpes: “*Sole*, en el cuerpo, no, en los muebles, no; en el tambor, Siiii...!!!”, se le decía cada vez. Así, su percusión dejaba de ser «*golpe*» para ser parte de su repertorio musical. El padre celebró con gran sorpresa y emoción el interés de su hija por el tambor, ya que hasta ese entonces “no parecía interesarse por nada en particular”. Asimismo, la madre incorporó a los objetos de su hija una *alfombra musical mágica* y una caja donde guardar los juguetes.

En cada nuevo encuentro, se fue acentuando el uso de la improvisación en su conexión con la música, apostando, cada vez, a un anudamiento de los golpes rítmicos a algún significante, como por ejemplo, su nombre propio. *Sole* daba golpes secos y el acompañante apoyaba en ese sonido: “*So, So, So... So, le, So, le*”. Fue notable el aumento de receptividad de su parte cuando la comunicación se apoyaba en una cadencia rítmica, más aún cuando se combinaban dos cadencias de ritmos complejos. Fue a partir de ese momento inaugural que la joven comenzó a pronunciar su nombre con el ritmo de la percusión: “*So, So, le, le*”. El trabajo con ella pasó del *golpe*, a la percusión en tanto *ritmo*; y del ritmo a la *melodía*, como composición en la que se desarrollaba una idea musical. Desde su familia se comenzó a destacar la «*inteligencia musical de Sole*», en particular la sutileza de su ritmo: “Tenemos una música en la familia”, decía con orgullo su madre. Como señalará Lacan en aquella misma *Conferencia de Ginebra*:

Incluso un niño no deseado, en nombre de un no sé qué que surge de sus primeros bullicios, puede ser mejor acogido más tarde. Esto no impide que algo conserve la marca del hecho de que el deseo no existía antes de cierta fecha (Lacan, 1975, p 124).

Así, en tanto “la música de la familia” —bajo el operador “deseo del AT<sup>5</sup>” como *deseo no anónimo*<sup>6</sup> (Lacan, 1969) —, se inauguraba para *Sole* un nuevo lugar de alojamiento en el Otro.

## Acompañar la intimidad, en tiempos de pandemia

En el mes de marzo del 2020, la OMS declaró a la epidemia por Covid-19 como pandemia mundial. Como es sabido, dentro de las medidas fundamentales para evitar el contagio, se recomendó mantener la distancia física entre las personas. A dichos fines, en varios países, se estableció el aislamiento social, preventivo y obligatorio como política de estado para evitar los contagios, siendo adoptado en Argentina el 19 de marzo de 2020. Con este decreto, se cerraron los centros educativos terapéuticos por el resto del año. Por lo tanto, se desarmó la rutina de ocho horas diarias desde la mañana a la tarde que *Sole* tenía construida desde hacía varios años en el centro al que concurría. A su vez, la joven y su familia tuvieron que cumplir la cuarentena en su casa. Este pedido inicial de tiempo libre para su madre se vio interrumpido por la pandemia, lo que implicaba además que *Sole* debiera permanecer las 24 horas de cada día de la semana con su madre. Se hizo necesario, por lo tanto, disponer una reorganización del encuadre, en un momento dominado por distintos niveles de incertidumbre: ¿resultaría posible sostener un acompañamiento terapéutico a distancia con una adolescente de las características de *Sole*? ¿de qué modo?.

Durante el primer período de aislamiento y cuarentena estricta, se decidió como recurso posible para sostener el espacio y el vínculo realizar los encuentros a distancia, en modalidad virtual. El dispositivo inicial consistió en enviar diariamente, dos veces al día —a la mañana y a la tarde—, con alternancia de los dos acompañantes, un video corto con un saludo, junto con dos o tres videos de canciones de su gusto, a fin de producir escansiones temporales en el continuo diario de los días de cuarentena. Estos mensajes fueron generando interacción entre *Sole*, su madre y el equipo de AT. Recibir los videos musicales se volvió un momento del día que tanto ella como su familia esperaban con ansias: “Te escuchó atentamente”; “Esa canción le encantó”, decía por mensajes de audio la mamá.

---

<sup>5</sup>Respecto al operador *deseo del AT*, lo situamos en relación a lo que Lacan ubica respecto del *deseo del analista*. En el Seminario 11, pág 284, subraya: “*el deseo del análisis no es un deseo puro. Es el deseo de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él. Solo allí puede surgir la significación de un amor sin límites, por estar fuera de los límites de la ley, único lugar donde puede vivir*”.

<sup>6</sup>Se hace referencia a lo que Lacan propone en *Dos notas sobre el niño* (pág. 55-57) respecto a «*lo irreductible de una transmisión (...) es la de una constitución subjetiva, que implica la relación con un deseo que no sea anónimo*».

Al mismo tiempo, se mantuvo comunicación permanente con sus padres, con el objetivo de armar con ellos *una nueva rutina para Sole*. Se plantearon temas como: el aburrimiento, la incertidumbre, la angustia de la mamá, las reacciones de la joven, la forma de organizar el día a día, la pandemia y las medidas preventivas. Fue necesario durante este tiempo contener y acompañar principalmente a su madre, para poder así acompañar a *Sole* en ese contexto. De todas las canciones enviadas, una es nominada por la mamá como “el organizador de *Sole*”. Se trata de una melodía canadiense sin letra que uno de los acompañantes siempre le cantaba cuando el acompañamiento era presencial, jugando con esa melodía a nombrar los distintos momentos del encuentro: desde ponerse las zapatillas para salir y toda la organización previa a la salida, como el recorrido en sí mismo y la vuelta a casa —que incluía lavarse las manos al regresar de la plaza. Durante la cuarentena, en un primer momento —cuando la madre la notaba nerviosa o inquieta—, les solicitaba a los acompañantes que envíen por *WhatsApp* esa canción. Luego, con el tiempo, se apropió de esa melodía y se la cantaba ella misma, comenzando a ponerle letra de su autoría para iniciar el día y construir la rutina diaria. Reconocía que eso producía en su hija un efecto de pacificación, tranquilidad y mayor tiempo de atención sostenida. “El organizador de *Sole*” se convirtió en un recurso indispensable para su madre. *Organizador* que surgió como efecto del encuentro contingente entre *Sole* y su AT, pero que al ser luego captado, apropiado y utilizado por su madre poniendo su propia letra a la configuración de la escena, tuvo efectos de ordenamiento subjetivante del vínculo. En cuarentena, la madre pudo incluir este *organizador* —terceridad venida de afuera— en su rutina diaria, como un hallazgo que le permitió conectarse con su hija y alojarla.

Luego de un mes de iniciado el acompañamiento a distancia, se integró un nuevo elemento a esta modalidad: la videollamada. Se realizaba cuatro días a la semana, durante unos minutos. Así, se empezó a generar un espacio de ida y vuelta en la comunicación con *Sole*. El detalle que se recortaba de estos encuentros —según relataba luego su madre—, es que *Sole* maximizaba su propia imagen en el celular, y se miraba constantemente en ella. Espejo sostenido —ahora sí— por su madre, posibilitando el pasaje por ese estadio estructurante que preanuncia el advenimiento del sujeto, poniéndole marco a su propio reconocimiento en esa imagen. En cuarentena, se acentuó la confianza de los padres en su propia palabra, se animaron a hacerse entender por ella, algo que antes creían ser sólo atributo de los AT.

A los dos meses del establecimiento de las medidas restrictivas, se habilitó por fin la asistencia del personal de salud a pacientes con certificado de discapacidad, tomando los acompañamientos terapéuticos una modalidad mixta: presencial y *on-line*. En el feriado por el día del trabajador, la madre solicitó conversar con la coordinadora del equipo “para compartir pensamientos muy profundos que viene reflexionando en esta cuarentena”. Se preguntaba si era necesario que *Sole* concurra tantas horas al centro terapéutico ya que había notado cambios subjetivos importantes en ella desde que se encuentra en su casa por el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Sostenía que en este tiempo su hija aprendió a escuchar música, ver videos y realizar videollamadas y ellos dejaron de ponerle la pechera porque ya no se golpea tanto. Por otra parte, señaló que *Sole* está más atenta, que interactúan mucho más entre ellos y pueden hablar de

temas actuales porque “ella comprende”, agregando su mamá: “Ella misma intenta usar el teléfono cuando se hace una videollamada”.

## Que suene la orquesta...

Transcurridos ya cuatro años de acompañamiento con la joven y su familia y, localizando el detalle clínico de la música como *organizador*, el trabajo en el segundo año de pandemia consistió en ampliar y sofisticar este *soporte clínico musical*. El estímulo sonoro hecho trama, parecía hacer suplencia de medida y regulación pulsional, dando lugar a algunas relaciones de intercambio, en la apertura de un lazo social posible. Se acompañó al sujeto —partiendo de su propio interés— a que pueda inventar alguna solución / arreglo posible que le permitiera habitar de otro modo la cotidianidad de la escena familiar. El dispositivo en este tiempo consistió en dos acompañamientos presenciales y tres videollamadas semanales, en los que se trabajaba con un programa de bases rítmicas en el que empezó a participar toda la familia. Se puso el acento en la alternancia y el intercambio. Primero armaba una base el padre, y se lo aplaudía; luego *Sole*, y nuevamente aplausos; y a continuación el AT, su hermana *Amparo* o su madre. El momento de la videollamada se convirtió en una escena esperada por toda la familia: “¡Con esta canción me voy a hacer famosa!”, expresaba con entusiasmo la madre, quien habiendo transcurrido ya un año pandémico confesó su sorpresa respecto de algo que para antes resultaba impensable: “pasar la cuarentena con su hija en jornada completa resultó posible”. En este novedoso estar familiar, *Sole* empezó a tener un nuevo registro del tiempo y, sin usar reloj, daba cuenta de tener una precisa noción de la hora pautada para hacer alguna actividad. Su padre lo llamaba *la prueba de la hora*: cada vez que le anunciaba a su hija que a una determinada hora iba a hacer tal actividad, *Sole* lo buscaba en el momento justo.

En ese segundo tiempo de pandemia, se reabrieron algunos lugares recreativos de circulación, así como también los centros educativos terapéuticos. Se comenzó a trabajar en la planificación de salidas para reincorporar algunas rutinas, respetando los protocolos y medidas de cuidado sanitario. *Soledad* comenzó a presentar ciertos momentos de angustia, especialmente luego de trabajar con el acompañante en forma presencial con algún ritmo percusivo con su tambor, mantener conexión con la mirada y nombrarse. En esos momentos, se la acompañó a transitar esa angustia, nombrando su estado, estrategia a la que se suma su padre: “Vos seguí pegando que papá se va a bancar tus golpes”, dijo a su vez el padre cuando la notó angustiada. Es notorio el efecto tranquilizador que producían esas palabras de alojamiento de su padre en *Soledad*.

Frente a una situación de contacto estrecho con una compañera del centro educativo que dio positivo de Covid-19, y ubicando que la joven quedaba muy expuesta a contagiarse ya que aún no había logrado dejarse puesto el barbijo, su madre decidió por primera vez firmemente avanzar con la insistencia en que su hija aprenda a utilizarlo. Frente a esta nueva posición de la madre y con ayuda de su hermana, *Sole* comenzó a practicar el uso del barbijo por algunos minutos. Pudo

observarse entonces que *Daniela* mantenía un vínculo ambivalente con ella. Por un lado, ayudaba y acompañaba algunos movimientos de autonomía como ayudarla a ir al baño o lavarse los dientes. Por el otro, presentaba ciertos momentos de descarga agresiva sobre *Sole*. En este tiempo se decidió incluir más activamente a su hermana dentro del dispositivo de acompañamiento bajo el nombre de “ayudante”. Nominación que la ubicaba en un lugar privilegiado, y que con orgullo comenzó a ocupar.

Bajo ese nombre, le enseñó a *Sole* a usar el *joystick* de la consola de juegos. *Sole* movía los personajes y toda la familia festejaba. Su madre filmó la escena y envió el video al equipo de acompañamiento, en el que podía verse a sus hijas jugando juntas. En pandemia, se construyó para esta familia una nueva intimidad de puertas adentro, que pueden ahora compartir con ese afuera *transicional* en que devino el acompañamiento terapéutico.

Nos reservaremos algunos detalles de la historia familiar precedente —tanto por parte del padre como de la madre—, no obstante resulta oportuno mencionar que en la medida en que fue posible visibilizar algunos de sus puntos más significativos y ponerlos en conexión con las dificultades que cada uno de ellos tuvo para afrontar las contingencias del embarazo, el nacimiento y la crianza de sus hijas, eso tuvo como correlato un paulatino reposicionamiento, pasando entonces a poderse escribir una nueva partitura familiar, y a ponerle letra. Asimismo, es posible observar —en una lectura retrospectiva— cómo esos movimientos fueron dando lugar a una reformulación del dispositivo y las estrategias de abordaje, en esa íntima conexión entre la *construcción del vínculo*, la *construcción del caso* y la *construcción del dispositivo*, tres registros inseparables de la misma experiencia clínica.

Por último, resulta oportuno destacar el valor —tanto clínico como metodológico— que van cobrando, en ciertos momentos del tratamiento, la formulación de aquellas preguntas que orientan la búsqueda y la producción de la información necesaria para ir decidiendo, ante cada encrucijada que se presenta en nuestro trabajo, por dónde seguir. Pronto volveremos sobre ello.

Llegados a este punto y para dar un paso más en el recorrido que nos propusimos compartir, examinaremos uno de los historiales presentados por Castejón Hermann (2014), en el que su autor se propone interrogar el modo en que el AT contribuye para la construcción del *sinthome*, en el tratamiento de la paranoia. Y si bien no es nuestro propósito desarrollar en este capítulo lo relativo a la especificidad del tratamiento de la paranoia, ni abordar en su complejidad el mencionado concepto lacaniano, el caso *Lourival* nos permitirá ilustrar con mayor precisión metodológica y conceptual el tema que aquí nos convoca: la construcción del caso clínico en el Acompañamiento Terapéutico.

## El padre de las bombas

Luego de doce años de encierro en una institución psiquiátrica, *Lourival* —de 50 años de edad— es derivado por el psiquiatra de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) para iniciar un acompañamiento terapéutico. Por entonces, su vida “se limitaba a los olores de la institución cerrada, a

las vivencias de electroshock, y poquísimas brechas de contacto con el mundo”(Castejón Hermann, 2014, p. 191). En una primera reunión convocada por el padre, se dio lugar a la palabra del joven, quien pudo expresar que “no sabía cómo era vivir fuera de la institución psiquiátrica” (Castejón Hermann, 2014, p. 191). En su presentación del caso, el autor sitúa cuatro momentos claves en la construcción del vínculo transferencial, la configuración del dispositivo de tratamiento y la orientación de la cura, cuyos puntos más importantes resumiremos a continuación.

El inicio del acompañamiento estuvo caracterizado por la organización de las primeras salidas y el armado de un circuito de caminatas por el barrio. *Lourival* formuló claramente al AT un pedido de ayuda: no lograba salir de casa, ni siquiera para comprar cigarrillos en un bar ubicado al lado de su domicilio: —*Tengo miedo de comprar cigarrillos porque creo que van a robarme con el vuelto y no sabré reclamar.* El primer movimiento, entonces, fue planificar una situación propicia para hacer salir a *Lourival* de su departamento. Después de algunas conversaciones en casa, se le propuso una salida hasta el bar de la esquina para tomar un refresco y comprar cigarrillos. Las salidas comenzaron a repetirse, de modo que se iba armando una nueva rutina, fuera del hogar. El acompañante terapéutico y *Lourival* iban al bar y pedían algo para beber y también un cenicerito. Se sentaban a la mesa y allí conversaban sobre lo que era la vida fuera de la institución y sobre su (in)capacidad de soportar su nueva condición ambulatoria.

La apuesta, por parte del AT, en ese primer ensayo de lazo social que el bar ofrecía —lazo que imponía al sujeto un movimiento importante, para poder sobrellevar sus miedos—, consistió en ir *apagando* gradualmente su propia presencia. Difícil cálculo, que no dejaba de presentar ciertos riesgos en la construcción del vínculo: ¿cómo regular en su justa medida esa *presencia* necesaria como punto de apoyo ante este desafío, y una posición suficientemente abstinente para que el sujeto —en su condición deseante— pueda advenir? Inicialmente, era el acompañante terapéutico quien solicitaba al empleado del bar lo que querían consumir, pero de a poco —una vez atravesados los momentos de silencio e incomodidad producidos a partir del calculado silencio del AT— *Lourival* pudo ir dando los pasos requeridos para la realización del objetivo: comprar el refresco y pedir los cigarrillos. Al momento del pago, por ejemplo, el AT empezó a mirar para otro lado, a hacerse el distraído, dejando de ofrecerse como *garante* para verificar si el vuelto estaba correcto. Al momento de contar el vuelto, la mirada y la voz del acompañante terapéutico ya no se hacían presentes. La estrategia pronto dio buenos resultados: pasado un tiempo, *Lourival* comenzó a presentar cierta desenvoltura en el trato con el vendedor, e incluir otros pedidos tales como un chocolate o consultar por el plato del día.

El segundo momento que delimita el autor se caracterizó por la apuesta a reunir a *Lourival* con la totalidad del equipo tratante. Tal procedimiento puede parecer paradójico si se considera que se trataba de un paciente paranoico y que, entonces habría convenido, como profesionales, *discutir el caso* en su ausencia. Sin lugar a dudas resultaba una maniobra de riesgo, pero al mismo tiempo se podía advertir el riesgo que entrañaba mantener de manera oculta o enigmática esa interlocución entre el AT y las demás instancias intervinientes. Se realizó entonces ese encuentro, en el que se le comunica que se estaba trabajando en red, con una estrategia en común, en la que se confiaba en sus propios recursos. El psiquiatra y su psicóloga —ambos presentes

en el marco institucional del CAPS—, junto con el acompañante terapéutico, comparten también con él sus opiniones sobre la marcha y las perspectivas de su tratamiento. Pudo verificarse entonces la pertinencia de esa jugada, pues resultó muy importante para *Lourival* el reconocimiento de que había un buen entendimiento entre los profesionales del equipo, y que todos estaban comprometidos en una misma apuesta. Poco tiempo después se tendría ocasión de confirmar cómo esta maniobra resultó tener un valor decisivo para que se pudiera sostener la continuidad del tratamiento, en momentos de la irrupción de una nueva crisis.

En esa reunión le fue presentada también —a fin de propiciar una apertura al lazo social—, la posibilidad de participar en algunas actividades de otra institución, un Centro Cooperativo de Convivencia (CECCO) localizado cerca del CAPS y de su domicilio, en donde podría compartir ese espacio con otros usuarios. Y si bien hubo una cierta resistencia de su parte —resurgiendo sus miedos ante la posibilidad del encuentro con otros—, quedó esa alternativa de todos modos abierta: —*Puede ser demasiado para mí. Puede ser, pero ¿cómo saberlo?* Ante esa vacilación, se le propone visitar el lugar *sin compromiso*. Vale decir, se evita cuidadosamente anticipar el resultado, si será o no demasiado para él. Habrá que pasar entonces por la experiencia. El afianzamiento del vínculo transferencial con su AT permitió que *Lourival*, luego de realizar juntos algunas visitas al nuevo espacio propuesto, pudiera al poco tiempo permanecer y circular por allí sin la presencia de su acompañante. En este segundo tiempo entonces se reafirma en su eficacia clínica el posicionamiento abstinerente del AT, como soporte paradójico de una presencia vacía, en donde puede observarse el pasaje de esa requerida omnipresencia inicial, a una presencia distendida, distraída y cada vez más silenciosa, explícitamente vacía de todo deseo, mandato o imperativo. En el CECCO, ese acogimiento se consolidó también al ser una institución abierta, que promueve el trabajo en red y el encuentro entre lo diverso y heterogéneo. *Lourival* comenzó a participar allí en un proyecto de organización de la videoteca, interesándose luego por el taller de yoga y otras actividades, pasando al cabo de un tiempo a frecuentar ese nuevo espacio institucional asiduamente, por iniciativa propia.

La estrategia de trabajo sostenida por el AT continuaba dando sus frutos, y ese calculado posicionamiento *paradójico* —al mismo tiempo presente y abstinerente—, iba posibilitando a *Lourival* desactivar la peligrosidad del encuentro con el *otro*, con sus semejantes, ya sea el empleado del bar o los demás usuarios de ese nuevo espacio. Sin embargo —como recién anticipamos—, pronto habría que transitar una decisiva *puesta a prueba* tanto del vínculo con el AT, como del *sabehacer* del equipo tratante.

Así, el tercer tiempo descrito por Castejón Hermann (2014) aparece signado por un giro que resultó clave en el devenir del tratamiento, que incluye la desestabilización de *Lourival*, la irrupción de alucinaciones, una nueva producción delirante, la puesta a prueba —y el reordenamiento— del dispositivo, la interpelación de la función paterna, y la localización de la posición transferencial del AT.

Según relata el autor, transcurridos siete u ocho meses desde el inicio de la intervención ocurrió un episodio importante:

Era Navidad y el acompañante terapéutico iba a realizar un viaje de vacaciones durante tres semanas. *Lourival* fue avisado con anticipación y, poco a poco, empezó a mostrarse inseguro ante la perspectiva de quedar ese tiempo sin AT. A medida que se aproximaba el fin de año, *Lourival* más interrogaba sobre los detalles del viaje, el medio de transporte, si el acompañante terapéutico tenía amigos en los lugares que visitaría, etc. En el último encuentro del año, *Lourival* se presentó desestabilizado. Hablaba sobre los hombres-bomba que salían del televisor para molestarlo (Castejón Hermann, 2014, p. 193)

El joven menciona también otro hecho inquietante: alguien habría ingresado en su domicilio, pues no salía más agua caliente de la ducha.

Ese acompañamiento se desarrolló en su casa, él sudaba abundantemente y decía que no quería que el acompañante terapéutico se ausentara. La primera previsión a ser tomada fue la de verificar lo que ocurría con la ducha: había sido desconectada porque hacía bastante calor. Al notar lo que había ocurrido, cierta calma se instaló, a pesar de que *Lourival* todavía se sentía perseguido por los hombrecitos de la televisión, que conversaban con él (Castejón Hermann, 2014, p. 194)

En ese contexto, se estableció junto a los otros profesionales que participaban en su tratamiento una nueva estrategia de trabajo, con el objetivo de que el joven tuviera durante el periodo de vacaciones de su acompañante otros puntos de apoyo, aumentando la medicación antipsicótica —para contrarrestar su producción delirante— y la frecuencia de sesiones con su psicóloga. Este pronto reordenamiento del dispositivo tuvo también —y no es un detalle menor— un gran efecto de alivio en su padre.

En el último contacto telefónico que mantiene *Lourival* con su AT —y a pesar de haberse intensificado su producción delirante—, puede afirmar con total lucidez que su familia era muy loca. Decía: — “¿Qué hago yo con esta familia? ¡Es muy loca! No sé qué hago con ellos, mi padre exige algo de mí que yo no logro ofrecerle”. El AT se despidió afirmando que lo que estaba siendo dicho allí era muy importante, y que a su regreso sería posible dar continuidad a esa conversación.

Cabe destacar que *Lourival* pudo atravesar el periodo de vacaciones de su acompañante terapéutico sin ser internado, mostrándose muy aliviado con su retorno. Pero una frase quedó marcada, respecto de las exigencias y expectativas de su padre sobre él. Y no sólo eso: quedó también cierta *marca de confianza* por parte del padre de *Lourival* respecto del equipo tratante y el acertado criterio con que se manejó, particularmente, el AT.

Tiempo después, habiéndolo retomado el acompañamiento sin que *Lourival* vuelva a hacer mención de lo ocurrido a fin de año, el joven pidió ir al Hospital de Clínicas, pues tenía información sobre un programa que lo ayudaría a dejar de fumar. En el camino, el acompañante terapéutico le preguntó si ese plan era una iniciativa suya o una demanda de su padre, quien había dicho en cierta ocasión: “Él fuma demasiado, tiene que fumar menos”. No obstante, *Lourival* sostuvo que era una preocupación personal, para cuidar su cuerpo, apoyando su

argumentación en la dificultad para caminar en las subidas y bajadas de las calles del barrio. La primera visita de admisión al Instituto Central del Hospital de Clínicas —donde existía un programa de *calidad de vida*—, transcurre sin contratiempos, aún cuando Lourival empezó a evidenciar en el trayecto cierta vacilación. Resurgió entonces, del lado de su acompañante, la duda sobre el origen de esa demanda:

¿De quién era ese pedido, de él o del padre? ¿Y el evento ocurrido el fin del año anterior? ¿Cómo situarse ante aquella frase, la de que su familia estaba muy loca y que su padre exigía demasiado de él? (Castejón Hermann, 2014, p. 195)

El AT intuía que se jugaba allí un movimiento importante, sin saber con certeza qué podría resultar de la apuesta a retomar esa conversación.

Una segunda visita al *Instituto* —esta vez para asistir a la conferencia informativa sobre el programa de calidad de vida— permitió al AT realizar un nuevo cálculo en el manejo de la transferencia, al percibir nuevamente la vacilación de *Lourival*: le comunica que irían a esa conferencia sólo para ver de qué se trataba el programa, y que podría conservar su paquete de cigarrillos en el bolso, no había necesidad de tirarlo. De esa manera, pareció atemperarse su temor a desprenderse de esa suerte de escudo protector. Permanecieron por un tiempo en la conferencia, pero cerca del final el joven pidió al acompañante salir de allí. De regreso, comenta que “había sentido miedo del proyector de diapositivas”. Interrogado sobre ese miedo, su respuesta fue mantenerse en silencio durante todo el trayecto.

¿Qué efectos habría de esperarse como resultado de esa segunda visita? ¿Algo retornaba nuevamente en lo *real*? ¿El proyector de diapositivas habría activado en *Lourival* sus producciones delirantes, sobre las que en ese momento no pudo hablar? Sin embargo, en el encuentro siguiente —en un paseo por el parque que solían frecuentar—, el joven retomó lo ocurrido, pudiendo describir en asociación con el proyector de diapositivas de la conferencia los procedimientos de *electroshock* a los que fue sometido durante su internación: “las sensaciones corporales, la aflicción en el momento en que percibía que el procedimiento le sería aplicado; el adormecimiento en el momento en que despertaba” (Castejón Hermann, 2014, p.196). Pudo poner en palabras una serie de sucesos extremadamente dolorosos, reconstruyendo así parte de su historia en la institución psiquiátrica, aquello que era tan difícil de abordar.

Se conversó también en ese encuentro sobre lo que *Lourival* experimentaba ante las exigencias del padre, reconociendo que era muy difícil para él confrontarse con esa situación. En ese momento, dio muestras de cierta confusión, mezclándose el amor al padre con sentimientos, según dice, de indiferencia. No obstante, podemos conjeturar que lo que queda allí expuesto es la marcada ambivalencia afectiva que se jugaba para él en relación a la figura paterna. Hace mención también a que dependía del padre para vivir, aludiendo a su temor por la edad avanzada de su padre y el temor que le produce pensar en su muerte. El tema del padre es recurrente, y el acompañante introduce la posibilidad de que *Lourival* intente revisar eso. Pero *Lourival* no puede responder. ¿Cómo sería posible la hazaña de confrontarse con ese padre tan temido?

Podemos abrir sobre este punto una pregunta fuerte, respecto de qué modo se conectan esa locura familiar, la temeridad del padre, y la figura de los *hombres-bomba* que salen del televisor, retorno en lo real que le permite a su vez poner en palabras —en su elaboración delirante— algo que de otro modo no tiene cómo representar.

Surgen entonces nuevos interrogantes que podemos situar como un componente esencial a la construcción del caso: ¿En qué escenas de su historia familiar se sostiene ese temor al padre? ¿Cómo representar lo que a *Lourival* le acontece subjetivamente en esos momentos en que —al menos a nivel de su realidad psíquica— parece suponer a su padre siendo capaz de ignorar su dolor? ¿Implica, por parte de su padre, alguna intención de dañarlo? Porque es precisamente eso lo que representa un *hombre-bomba*, y parece ser el mismo poder destructivo que supone a ese padre al que no imagina cómo podría satisfacer o confrontar. Por otra parte, ¿de qué modo todo eso se conecta con el *electroshock* y el proyector de diapositivas? Preguntas abiertas, a la espera de una respuesta que no resultaba posible anticipar. En donde sostener ese tiempo de esperas anticipar una respuesta, resulta crucial para que pueda madurar del lado del sujeto su propia elaboración discursiva, así como la revisión de su posicionamiento.

Pasado más o menos un mes de lo ocurrido, camino al Hospital de Clínicas, *Lourival* pregunta al acompañante terapéutico sobre la necesidad de dar continuidad al programa de calidad de vida. Esa nueva vacilación resultó suficiente para decidir la inconveniencia de continuar con el plan, pues seguían insistiendo los comentarios de *Lourival* sobre la locura familiar, las excesivas exigencias del padre y la función del cigarrillo como escudo o protección para sus miedos. Decidieron entonces que no le darían continuidad al proyecto, lo que dio lugar —un poco inesperadamente— a otro acontecimiento sumamente importante: el AT tomó la palabra para comunicarle al padre de *Lourival* que todo ese plan se suspendería. El padre, en su respuesta, fue bastante claro al avalar al acompañante terapéutico en su plena autonomía para evaluar lo que era viable, necesario y saludable para el tratamiento de su hijo. Y ese pronunciamiento del padre, aceptando este límite respecto de sus propias demandas o exigencias, resultó ser —además de una grata sorpresa—, un verdadero punto de inflexión en el devenir del tratamiento.

Esto nos permite situar algunas cuestiones, en relación al tema que nos interesa. En primer lugar, que toda esa información recién aparece después de transcurrido cierto tiempo, cuando algo del orden de la confianza —tanto por parte de *Lourival* como de su padre— se instaló suficientemente en el vínculo con el acompañante. Así, el AT aparece situándose en las antípodas de un *hombre-bomba*, desactivando las cargas explosivas de las distintas representaciones que se fueron poniendo en juego ahí. Y entonces podemos conjeturar *apres-coup* que quizás ante el señor que atendía en el bar, si encarnaba también la figura de alguien a quien no le importaría producirle un daño, a *Lourival* le resultara atemorizante sostener siquiera una conversación para comprar cigarrillos. Lo mismo frente a cualquiera que represente la figura de quien al menor contratiempo podría llegar a estallar.

En tanto *hombre-bomba*, por otra parte, el padre queda destituido como tal, en lo que hace a la función paterna. Si ante cualquier situación que se pueda presentar en el proceso de estructuración subjetiva de un niño —en este caso, *Lourival*—, lo que aparece en el lugar del padre es

una presencia indiferente a su dolor —a quien se puede suponer además cierta posición gozosa ante ese sufrimiento—, hay entonces un componente esencial a la estructuración subjetiva que, lejos de inscribirse en tanto función ordenadora de las representaciones, del pensamiento, de los afectos, se inscribe en su lugar una presencia amenazante, que puede hacer estallar todo —y no sólo el universo de sus representaciones. Es en relación a esto que podemos situar lo que Lacan describe como la *forclusión* de la función paterna. No es que *Lourival* no tuviera padre, pero parece que este padre, tal como se presentaba para él en el nivel de su *realidad psíquica*, no se inscribió como tal. Ante ese potencial estallido, un niño no registra ninguna palabra, sólo se registra el estallido, que aturde de manera similar a las descargas del *electroshock*, que arrasa con la significación de cualquier palabra.

La internación, además, aparece allí como un confinamiento decidido por el padre, con lo cual esos *electroshocks* quedan también referidos a la crueldad y la impunidad del padre. No debiera llamar la atención entonces que, una vez desactivada en esa entrevista la potencia destructiva supuesta al padre —situado hasta allí en el lugar de un *Otro* todopoderoso y hostil—, se verifiquen los efectos pacificadores de esa intervención del AT, y se inaugure un momento nuevo, ese *cuarto tiempo* que Hermann delimita en el devenir del tratamiento. No obstante, a esta altura del relato, resulta difícil pasar por alto la ausencia de toda mención a la figura materna, abriéndose al respecto un fuerte interrogante respecto de tal omisión.

Poco después, en el bar de costumbre, tiene lugar un diálogo con el acompañante terapéutico en el que *Lourival* puede enunciar que quería volver a ser estudiante, leer libros y tener un cuaderno para escribir, posición que lo ubica en un lugar diferente al del *loco*, *internado*, o *paciente de una institución de tratamiento u hospital de día*. Al salir del bar, fue sólo hasta una librería para comprar su cuaderno. El trabajo hasta allí realizado fue preparando el terreno para que pudiera despuntar una demanda genuina, enunciada y sostenida por el mismo sujeto: escribir a nombre propio, en su propio cuaderno.

Así, se delimita un cuarto momento, que se distingue por la producción escrita de *Lourival* y su intento de creación de una nueva versión en su modo de habitar el mundo: curiosamente, ese primer esbozo de proyecto —*ser un estudiante*— cedió su lugar, frente a las páginas en blanco del cuaderno, a una escritura sobre los efectos del AT en el tratamiento y su propio devenir subjetivo. Proceso de escritura que, a su vez, permite ilustrar —tal como lo desarrolla magistralmente en su libro Mauricio Hermann— la función específica del AT para la construcción del *sinthome*. Vale decir, de aquello que hará suplencia, en su función de *anudamiento* y de regulación pulsional, de esa instancia psíquica deficitaria. En determinado momento, *Lourival* se dirigió al acompañante terapéutico para hacerle un nuevo pedido: — *¿Me ayudás a publicar estos escritos?*

## El momento de concluir

Así, arribamos al final de nuestro recorrido, pero no sin antes hacer lugar a algunas puntualizaciones que consideramos de sumo interés conceptual, clínico y metodológico respecto del tema que nos propusimos abordar.

La primera de ellas, está referida al valor de la formulación de preguntas<sup>7</sup>. Tanto en el caso de *Lourival* como en el de *Sole* —lo que podemos hacer extensivo a todo caso en el que seamos convocados a intervenir—, la información con la que se cuenta en el comienzo resulta a todas luces insuficiente para determinar el curso que habrá de tomar ese tratamiento, y mucho menos para poder anticipar hasta dónde —y en cuánto tiempo— podremos llegar.

En la medida en que vamos transitando cada uno de esos momentos, nos encontramos con distintas encrucijadas que ponen al AT—tanto como al resto del equipo tratante— en situación de tomar decisiones importantes sobre asuntos cruciales, a menudo bajo la temporalidad de la urgencia. Sin lugar a dudas, el resguardo del sujeto está siempre primero, y esto de por sí obliga a un permanente cálculo de riesgos. Pero si podemos ir situando en cada uno de esos momentos las preguntas adecuadas —sin forzar anticipadamente las respuestas—, la información que empezamos a producir pasa a ser el insumo esencial, el material *divino* con que habremos de empezar esa construcción. Preguntas que —como habrán podido observar en el material clínico que acabamos de presentar— pueden ir surgiendo tanto en relación a los avatares del vínculo transferencial, como a los ajustes de la medicación y las variables del dispositivo, o los enigmas de la historia familiar y la genealogía de aquellas escenas que se repiten sin saber que se repiten, y tantas cosas más. Pero en cuya respuesta, lo que se juega a cada paso es la asunción de una posición ética. Y en este punto, podemos trazar una divisoria de aguas entre aquellas orientaciones clínicas que, a partir de determinado diagnóstico, ya saben más o menos qué hacer, y esa otra posición sostenida en la convicción de que ese saber acerca del padecimiento psíquico de cada sujeto —y las condiciones en que podría alcanzar algún alivio— será preciso construirlo.

Por nuestra parte, postulamos como premisa adicional que, en el campo específico del acompañamiento terapéutico, sólo hablamos de *construcción del caso*, en la medida en que tenemos una lectura de conjunto. Dicha lectura, alude a cómo se van entramando y conjugando en nuestro trabajo clínico —en particular, en los casos de abordaje múltiple— esas diversas contingencias e iteraciones que, en los diversos escenarios por los que transitamos con nuestro *encuadre ambulante*, se vandesplegando. Lo que incluye —tal como reza la cita de Lacan que introducimos a modo de Epígrafe— *la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales*.

Verificamos que el resultado de esa *reintegración*, de ese arqueológico trabajo de reconstrucción de aquellas escenas de la historia familiar *que estaban de gira* —y de las que sólo contamos

---

<sup>7</sup>Se encontrará un desarrollo más amplio sobre este tema en Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O. (2000); Obra citada. Capítulo V: *El valor de la formulación de preguntas para la orientación de la investigación psicoanalítica*.

con algunas piezas sueltas de iteraciones, síntomas y afectación— habrá de traducirse, como nos enseñó Freud, en *poder terapéutico*.

## Referencias

- Barrionuevo, C; Coppola y D; Mazzía, V. (2014). La construcción del caso clínico. *Fundación Programas para la Salud Mental*, 8, s/n.
- Castejón Hermann, M. (2014). *Acompañamiento Terapéutico y Psicosis. Articulador de lo Real, Simbólico e Imaginario*. Letra Viva.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología para neurólogos. En sus *Obras completas*, Tomo I. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En sus *Obras Completas*, Tomo VII. Amorrortu.
- Freud, S. (1907). El delirio de los sueños en la Gradiva de W. Jensen. En sus *Obras completas*, Tomo IX. Amorrortu.
- Freud, S. (1926). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? En sus *Obras completas*, Tomo XX. Amorrortu.
- Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. En sus *Obras completas*, Tomo XXIII. Amorrortu.
- Ginzburg, C. (1989). Morelli, Freud y Sherlock Holmes: indicios y método científico. En Umberto, Eco, U. y Thomas, Sebeok (Comps.), *El signo de los tres: Dupin, Holmes, Peirce*. Lumen.
- Lacan, J. (1969). Dos notas sobre el niño. En sus *Intervenciones y textos 2*. Manantial.
- Lacan, J., (1975); *Conferencia de Ginebra sobre el síntoma*. Publicada originalmente en la revista *Le Bloc-Notes de la Psychanalyse*, 5, 1985.
- Lacan, J. (1953-1954). *Los escritos técnicos de Freud* (Seminario 1). Paidós.
- Lacan, J. (1955-56). *Las psicosis* (Seminario 3). Paidós.
- Lacan, J. (1957-1958). *Las formaciones del inconsciente* (Seminario 5). Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963). *La angustia* (Seminario 10). Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis* (Seminario 11). Paidós.
- Lacan, J. (1966-1967). *La lógica del fantasma* (Seminario 14). Paidós.
- Nasio, J. D. (2001). *Los más famosos casos de Psicosis*. Paidós.
- Pulice, G.; Manson, F. y Zelis, O. (2000). *Investigación ◇ Psicoanálisis: De Sherlock Holmes, Dupin y Peirce, a la experiencia freudiana*. Letra Viva.
- Pulice, G.; Zelis, O. y Manson, F. (2007). *Investigar la subjetividad*. Letra Viva.
- Pulice, G. (2011). *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva.
- Rabinovich, D. (2011). Los afectos en la enseñanza de J. Lacan. Inédito. *Curso doctoral dictado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, año 2011*.
- Wittgenstein, L. (1999). *Investigaciones Filosóficas*. Altaya.