Jornadas de Psicopatología cátedra II. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2017.

Acompañamiento terapéutico en un caso de esquizofrenia con delirio erotómano.

Noelia Gómez.

Cita:

Noelia Gómez (2017). *Acompañamiento terapéutico en un caso de esquizofrenia con delirio erotómano. Jornadas de Psicopatología cátedra II. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/noelia.gomez/2

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/pkOE/73c

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

Acompañamiento terapéutico en un caso de esquizofrenia con delirio erotómano

María Noelia Gómez González

Lic. en Psicología, MN 60928. Acompañante terapéutico. Miembro de proyecto de investigación UBACyT, Facultad de Psicología UBA.

Tel: 156-164-9452, mngomezg@gmail.com, perteneciente a FUNDAT. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

En el presente trabajo se abordará el acompañamiento terapéutico como dispositivo en un caso de esquizofrenia con delirio erotómano. Los desarrollos parten de una viñeta clínica y se organizan en torno a tres ejes. Primero, desde dónde acompañar: la instalación del dispositivo de acompañamiento terapéutico y la construcción de una presencia posible. Segundo, para qué acompañar: la escucha y el alojamiento del delirio. Y tercero, cómo acompañar: el encuadre y la función de la coordinación.

Las conclusiones buscarán arribar a la delimitación del lugar del acompañante terapéutico en la psicosis, su función y su posición respecto del delirio, permitiéndonos pensar a este último como un fenómeno restitutivo. Así como ponderar la función de la coordinación como elemento fundamental para la instalación y el funcionamiento del dispositivo de acompañamiento terapéutico, pensando la figura del coordinador como terceridad reguladora del lazo paciente-acompañante.

Para esto, se articulará el recorte del material clínico de un acompañamiento terapéutico, con reflexiones y aportes teóricos de autores provenientes del campo del psicoanálisis.

Viñeta clínica - ***"me gustaría vivir amando, pero no me dejan"***

- *¡Hoy estoy tan contenta! Me dejó un mensaje, escuchalo.*

Levanté el tubo, marqué el contestador y escuché: unos segundos de silencio y se corta la llamada.

- *¿Entendés?*
- *No – respondí con toda franqueza – No entiendo.*
- *Es él. Significa que recibió mi mail y está de acuerdo con lo que le escribí.*

Mensajes vacíos en el contestador, folletería publicitaria entregada en la vía pública, titulares en tapas de revistas, mails spam, mensajes de texto de números desconocidos, llamados telefónicos que cortan, hasta el "No me olvides" que rezaban los carteles que conmemoraban el genocidio armenio, todos le estaban dirigidos, todas eran pruebas del amor que él le profesaba. Un amor que ella correspondía.

Todo había comenzado unos diez años atrás, cuando se conocieron por medio de una relación comercial. Él, el hombre más maravilloso del mundo, la amaba pero no podía comprometerse. Quizás por eso no respondía sus mensajes, ni atendía sus llamados, quizás por eso le escribía desde direcciones extrañas y bajo otros nombres. Sin embargo, ella siempre podía reconocerlo. Tal vez también por eso, por su incapacidad de compromiso, él le echaba cuando ella iba a visitarlo a su negocio, le negaba la entrada o no la atendía. No obstante, estas no eran razones para dejar de hacerlo. Como tampoco lo fue la orden de restricción que él le inició. Probablemente, eso era más bien un invento de su familia para coartar su amor.

El pedido de AT

El acompañamiento terapéutico entra en esta historia pedido por la familia de la paciente e indicado por el psiquiatra tratante. Los objetivos de dicha indicación eran acompañar a Blanca en el retorno a su hogar luego de una internación psiquiátrica: acompañarla en la organización de su cotidianeidad, regular ciertos excesos (en el dinero y la comida) y asegurar la toma de medicación psiquiátrica.

<u>¿Desde dónde acompañar? -</u> La instalación del dispositivo de AT

En los primeros encuentros con un paciente, es usual que el acompañante se formule la pregunta por su quehacer: ¿qué hago acá? ¿qué tengo que hacer?. Si bien existen

algunas coordenadas previas que guían la instalación del dispositivo (indicaciones de tratantes, diagnóstico, información familiar, anticipaciones del coordinador y la propia experiencia o inexperiencia en el rol de AT), no hay certezas sobre el lugar que ocuparemos particularmente allí, en el tratamiento de ese paciente. Es decir, no hay un manual, un saber generalizable, válido para todos los casos o para todos los acompañantes. Lo que se encuentra en los primeros momentos de un acompañamiento es más bien un terreno minado de incertidumbres. Incertidumbres que generan ansiedades que pueden funcionar como motor de búsqueda y construcción de un lugar posible, o bien, como obturador del mismo.

En el caso de Blanca, ella nunca antes había tenido acompañamiento terapéutico y al principio se mostraba reacia al mismo y refería sentirlo como una imposición. Aunque, desde otro punto de vista, lo aceptaba y lo prefería como opción alternativa al hospital de día. Este rechazo del dispositivo era comunicado explícitamente por la paciente, sobre todo en los primeros encuentros que consistían en asistir a su domicilio durante dos horas y sentarse a los pies de su cama mientras ella permanecía recostada. Respecto de esto, Blanca decía estar “clavara en la cama”, no realizaba ningún tipo de actividad física o recreativa y, además, tenía un sobrepeso que le generaba cierta complicación en la movilidad.

Es frente a esta escena cuando la pregunta por el quehacer del AT comienza a formularse con mayor insistencia en el equipo. Fue entonces que pensamos que no se trataba allí de responder rápidamente a ese estar “clavada en la cama”, no se trataba de cerrar sentido a esa idea. Es decir, nuestro quehacer no era movilizar a la paciente (que se levante, haga algo, salga a pasear, etc). Aunque es cierto que esta intervención podría haberse sustentado fácilmente en concepciones socialmente compartidas de salud y recreación. Más bien, entendemos que este tipo de intervenciones posicionan al AT en un lugar de saber, un saber que obtura al creer que se comprende lo que le pasa al paciente, obtura al cerrar el significado y aún más al creer que se posee un saber (que el paciente no tiene) para hacer algo con eso.

Asimismo, desde una visión retrospectiva, entendemos que si el AT se hubiera propuesto desde aquel lugar, tal vez no hubiera tenido el mismo destino. Probablemente hubiera entrado en la serie de personas (como los cuidadores, el personal de limpieza, etc.) que luego de un tiempo le roban, la desean, la aman, la gozan, dando por resultado la imposibilidad de continuación del vínculo.

La construcción de una presencia posible

¿Cómo construir entonces una presencia posible para Blanca? Una presencia que posibilite la instalación del dispositivo de AT, desde un lugar distinto al de la imposición y que construya un vínculo que no se torne insoportable.

El primer tiempo de acompañamiento de Blanca, las ATs concurríamos a su domicilio, nos sentábamos a los pies de su cama y nos disponíamos principalmente a escucharla, conversábamos con ella y respetábamos los momentos de silencio que nos solicitaba. Fue en este contexto que Blanca ofertó un lugar para nosotras: nos pidió que tipeáramos en la computadora lo que ella nos dictara desde su cama. A lo largo de estas escenas, ella fue dictándonos, con una narración notable, la historia de su amor y fuimos plasmando entonces el texto de su delirio. Pasados los meses, la narración fue tomando otras formas, como el registro de frases de su nieto o situaciones vividas con él que quería dejar registradas, o bien, compartir con otros miembros de su entorno.

En base a este recorte, podemos pensar que un modo posible de establecer una presencia soportable se inicia con un movimiento del AT. Un movimiento que va de los efectos de su presencia real hacia un trabajo de construcción: el vaciamiento de su presencia. Este movimiento implica, por un lado, la puesta en suspenso de los saberes que el acompañante porta. Tanto los saberes profesionales (teóricos, académicos) o de la práctica del acompañamiento, como los saberes respecto de la persona del paciente y su entorno. Por otro lado, la adopción de un posición advertida de los atravesamientos (ideológicos, afectivos, experienciales, institucionales, entre otros), con miras a evitar o maniobrar su puesta en juego en el escenario del acompañamiento.

Con todo esto, no se pretende una presencia despojada de ideas y saberes, sino una posición que, advertida de ellos, los ponga en suspenso, no los haga operar. Una presencia que pueda dejarse tomar y posicionar por el paciente y por la dinámica vincular en la que está inserto.

En esta misma línea, Hermann (2014) trabaja el concepto de presencia vacía como la oferta de un lugar vacío a partir del cual los significantes aparecen. En sus palabras, *“sostener un lugar vacío para propiciar una hiancia entre una presencia que en otro momento era totalizante, pero que permite, desde la condición de vaciamiento, ofrecer al psicótico la posibilidad de reconstrucción de su propia historia”* (Hermann, 2014, 136). Asimismo, Lacan señala, para el trabajo con la psicosis, la necesidad de una destitución subjetiva por parte del analista que evite caer en comprensiones imaginarias (Salinas, 2014). Es decir que *“para ocuparse verdaderamente del loco, la maniobra de la*

transferencia ha de evitar toda posición ideal de poder o de saber (...) sostener en cambio el ser del analista en el nivel en que se interroga la experiencia del inconsciente, es decir en el no saber ni comprender, para así resaltar el elemento que no se entiende, abre las puertas de la palabra del sujeto ante alguien que finalmente escucha" (Lombardi, 2012 149)

En resumen, hablamos entonces de una presencia que, en un primer momento, escuche, calle, espere, acompañe, que no demande, que no sepa y no comprenda, sino que se deje tomar. En el caso de Blanca, la espera, el silencio y la escucha de las ATs habilitó un movimiento en el vínculo: la propuesta de que seamos quienes tipearan su relato. Así, dejarse tomar por esta propuesta, aceptar el lugar ofertado, posibilitó que el dispositivo de AT se instale desde un lugar distinto al de la imposición. Entonces, y como lo plantea Hermann (2014), podría pensarse que el AT sostiene allí una presencia como posibilidad de ocurrencia de la transferencia.

¿Para qué acompañar?

Luego de la pregunta por el quehacer del acompañante que guió los desarrollos previos respecto de desde dónde acompañar, y luego de esbozar un lugar posible desde el cual el dispositivo de AT puede instalarse, desembocamos necesariamente en el ¿para qué acompañar allí? Una vez que el dispositivo se ha instalado, la pregunta resurge reformulada: ¿cuál es mi función?

En la línea de nuestros desarrollos, en el caso de Blanca el quehacer del AT en los primeros tiempos se sustentaba en una presencia que escucha y calla, que escribe, plasma, deja asentado, una presencia depositaria de las ideas delirantes. En función de esto, podríamos pensar que la función del AT radicaba en el alojamiento del delirio, pero un alojamiento que le permita a Blanca hacer algo con él.

El alojamiento del delirio

En los primeros tiempos del AT, la producción delirante era amplia: había un mal en la familia, un engaño, ella podía predecir sucesos que luego ocurrían, etc. Y en relación a la vertiente propiamente erotómana, la figura del amado/amante adoptaba por momentos tintes persecutorios (él le robaba objetos, se los cambiaba de lugar, le quería hacer mal). Y sobre todo, Blanca se sentía compelida a visitarlo, él le pedía, le exigía (a través de

diversos medios de comunicación) que vaya a verlo, y ella terminaba exponiéndose a situaciones de maltrato al concurrir a su lugar de trabajo.

Fuera del dispositivo de AT, el despliegue de este delirio en su entorno próximo tenía consecuencias expulsivas o de rechazo. Incluso a nivel legal: las visitas al lugar de trabajo y los reiterados llamados telefónicos habían llevado a una supuesta orden de restricción, nuevamente una medida expulsiva.

A lo largo de más de dos años de acompañamiento, Blanca pudo compartir e historizar el relato de su amor, las ATs acompañamos algunas de sus visitas y procuramos devolverle lo que allí veíamos: un exceso, una escena de maltrato, o bien destrato, donde ella quedaba expulsada y finalmente triste y consternada. En consecuencia, tomamos posición frente a esto negándonos a presenciar esa situación, y por lo tanto, negándonos a acompañarla a visitarlo. Así, gradualmente, Blanca llegó a construir una respuesta: su amante era “un hombre que no podía comprometerse”, un hombre que la amaba pero “no se bancaba el amor”, lo que le permitía a ella explicar por qué no podía recibirla adecuadamente en sus visitas, o por qué no respondía sus llamados y mensajes.

Esto posibilitó cierta regulación del vínculo con él, la pregunta acerca de sus pretensiones dejó de acecharla, el costado más persecutorio cedió: ellos podían amarse sin verse, él era un hombre “muy particular” con “comportamientos extraños” que ella podía desestimar, o bien, responder de diversos modos. Actualmente, las ideas delirantes tienen una presencia menor en el espacio de AT, se limitan a algunos comentarios respecto de la relación amorosa o alguna interpretación delirante, signos que le recuerdan que él “al menos no la olvida”.

¿Cómo acompañar? - Función de coordinación como terceridad

Finalmente, luego de pensar desde dónde y para qué acompañar, resulta necesario pensar, al menos brevemente, cómo acompañar. Y para esto, el encuadre y la función de la coordinación resultan determinantes.

Entendemos por encuadre: la presencia de al menos dos acompañantes en el caso, la función del coordinador, los tiempos y horarios del acompañamiento, entre otros. Es este encuadre el que regula el lazo, el que le garantiza a Blanca la naturaleza del vínculo con las acompañantes.

En este sentido, en primer lugar, frente a diversas situaciones donde Blanca buscaba correr los límites (pidiendo compartir actividades por fuera del AT, o bien extender el

tiempo del mismo), las ATs hacíamos referencia al encuadre, lo traíamos para reforzar su presencia a la vez que hacíamos intervenir a la coordinación quien reencuadraba la situación desde fuera. Y, al contrario de lo que podría esperarse, esto generaba cierto alivio en la tensión de la demanda. El pedido de Blanca cedía y el vínculo parecía reorganizarse.

En segundo lugar, frente al pedido de Blanca para que la acompañemos en las visitas a su amado, la coordinación intervino presentando la respuesta de no acceder a presenciar esas situaciones de maltrato como una decisión del equipo de AT y, por lo tanto, no como una decisión personal librada al capricho de cada acompañante.

Ahora bien, podemos pensar que la maniobra de la coordinación, que interviene como terceridad en el vínculo paciente-AT, separa y diferencia al encuadrar, distingue, por ejemplo, "regalar 15 minutos" (en palabras de Blanca) de extender el horario del dispositivo por una necesidad ocasional. Esta regulación de la presencia del AT por la terceridad de la coordinación, cuida el vínculo, evitando que quede atrapado en una cuestión especular que se podría volver fácilmente insoportable y persecutoria, imposibilitando así la continuación del acompañamiento.

Palabras finales

A lo largo de este trabajo, intentamos dar cuenta de la complejidad que conlleva la instalación de un dispositivo de AT, así como también un modo posible de abordarla. Pasamos por las preguntas más frecuentes en los primeros encuentros con un paciente: ¿Qué tiene que hacer el AT? ¿Cuál es su función? ¿Cómo intervenir?, para pensar algunos puntos nodales de la clínica del acompañamiento: la construcción de un vínculo y el lugar del AT, la maniobra de la transferencia, el encuadre y la coordinación.

Todo esto a la luz de un recorte clínico, entendiendo, por un lado, que las conclusiones a las que se arribó se desprenden de la articulación con el mismo, y esperando, por otro lado, que puedan contribuir a las reflexiones actuales sobre la práctica del acompañamiento terapéutico.

Bibliografía

- Hermann, M. (2014) La instalación del dispositivo de tratamiento. En Acompañamiento terapéutico y psicosis. Ed. Letra Viva, Buenos Aires.

- Lombardi, G. (2012) La cuestión preliminar de Jaques Lacan. En La clínica del psicoanálisis 3, Las Psicosis. Ed. Atuel, Buenos Aires.

- Salinas, L. (2011) La estabilización en las psicosis y el acto analítico. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.