

# psicologia:

Les seves arrels sorgeixen de la psiquiatria de les dècades de 1950 i 1960; no obstant això, el veritable naixement de l'Acompanyament Terapèutic (AT) pot situar-se entorn de la dècada de 1970 a Argentina. Tot i que països com Uruguai, Xile, Brasil, Perú o Mèxic també registren en aquella època activitats relacionades amb l'AT, no rebien aquest nom. Es tractava d'iniciatives nascudes de la necessitat de dotar d'una especialitat l'abordatge a la clínica, en què resultava particularment problemàtic el tractament terapèutic, i en què no es tenia en compte l'ambient social o familiar del pacient.

A Argentina, figures com les d'Eduardo Kalina, José Bleger o Enrique Pichon-Rivière van ser de màxima importància en la implementació de l'AT, ja que tots ells van fomentar la idea del **vinde** com a element imprescindible per a l'externalització del pacient psiquiàtric i per tal de millorar la qualitat de vida dels pacients domiciliaris i del seu entorn social i familiar.

Paral·lelament, a França també va sorgir un moviment encapçalat per Maud Mannoni i Robert Lefort a través de l'Escola Experimental de Bonneuil, entorn del 1969. La Psiquiatria Social d'Estats Units, el Centre 388 de Quebec (Canadà) o l'experiència a Trieste de Franco Basaglia, qui va treballar per la desmanicomialització a Itàlia, s'inscriuen també en la direcció de l'AT, tot i que no estaven enquadrades com a tals.

**El símptoma ens indica que alguna cosa no funciona correctament: el símptoma parla, és la brúixola de la cura**

A Espanya, la història de l'AT va sorgir en la dècada dels 80, quan dos grups de formació psicoanalítica van començar a treballar amb equips d'AT. L'any 2004, l'Agència Antidroga crea el primer Servei d'Acompanyament Terapèutic, que permet que el treball realitzat fins al moment tingui una legitimitat institucional. El 2005 es donen els primers cursos oficials d'AT, un d'organitzat per la Conselleria de Sa-

nitat i Consum i, l'any següent, per la Conselleria de Família i Assumptes Socials. El 2006, el Col·legi de Psicòlegs de Madrid coorganitza el primer curs basat en l'AT.

L'Acompanyament Terapèutic respon a un recurs clínic que permet un abordatge davant casos difícils, com ara situacions en què el subjecte ha patit diverses internacions o problemàtiques diàries que presenten adolescents, nens i adults. Es tracta de situacions en què es desborden els límits d'actuació del consultori i dels centres institucionals. En aquests casos en què la direcció del tractament resulta conflictiva, l'AT permet aquesta actuació "extramurs", que ve a ser una perllongació de la teràpia principal.

L'acompanyant terapèutic no és un amic, no és un cangur, no és un guardià, ni tampoc un assistent social; és un element de recolzament a la teràpia del pacient que permet la continuació del tractament fora de la consulta. Així, l'acompanyament és la contenció que rep el pacient en la seva vida quotidiana per tal que pugui seguir amb les seves tasques habituals.

L'acompanyament és un dispositiu, un artefacte, una estructura integrada per diversos professionals que intervenen segons l'estratègia pautada pel professional que porta el cas i que participen en la construcció d'escenes que facin més habitable la quotidianitat.

## ACOMPANYAMENT TERAPÈUTIC Una porta oberta a la recuperació

Moltes de les respostes donades a malalties com l'anorèxia, la depressió, els deliris, etc., són la internació, la medicació excessiva, i la implementació de mètodes de premi i càstig per tal de fer desaparèixer el símptoma perquè "molesta".

El símptoma té una funció, ens indica que alguna cosa no funciona correctament. El símptoma parla, el símptoma és la brúixola de la cura. Tot símptoma té un sentit, però no està a disposició de la consciència; és a dir, s'ha conformat a través d'un treball del psiquisme. Per aquest motiu, és necessari que el pacient tingui un lloc on poder parlar i desplegar la seva problemàtica sense que sigui interromput per judicis, opinions, explicacions o consells. Per això, tots els professionals que treballen d'acompanyants i el professional que porta el cas, evidentment, han d'analitzar-se amb un professional i supervisar el cas en el que s'anomena una "supervisió grupal". Aquesta està a càrrec d'un psicoanalista amb llarga experiència i formació professional.

Amb què intervé un professional? Amb els sentiments? Amb explicacions? Amb la seva experiència personal? Amb els seus judicis? Amb allò que li passa amb el malalt? Amb opinions?... Si tot això fos vàlid, ja l'haguessin curat amics, familiars o coneguts. En canvi, és necessari intervenir professionalment i no amb tot el que opera fora d'això.

Tal com ens indica Freud en l'article *Nous camins de la teràpia psicoanalítica*, "no s'ha d'educar el malalt per tal que s'assembla a nosaltres, sinó perquè s'alliberi i consumeixi el seu propi ser [...] tampoc s'ha de posar la psicoanàlisi al servei d'una determinada cosmovisió filosòfica i imposar-la al pacient amb la fina-

litat d'ennobrir-lo. M'atreveria a dir que seria un acte de violència, per més que invoqui els més nobles propòsits".



Tant el pacient com els seus familiars inclouen els professionals en una de les “sèries psíquiques” que fins aleshores han conformat i albergat una determinada pauta de funcionament. Per tant, els professionals han de tenir en compte “la resistència”, per tal que es porti a terme la cura, atès que en tots els casos tots participen de l’anomenat “benefici secundari de la malaltia”.



Podem exemplificar-ho amb un pacient que ha estat durant un llarg temps amb internacions, hospitals, tractaments... i que ha absorbit als familiars una gran part del seu temps i la seva energia. A part que el pacient, amb la seva malaltia, aconsegueixi que estiguin tots a la seva disposició, els familiars tenen “l’excusa” per no fer-se certes preguntes sobre altres problemàtiques que han de resoldre.

És com si ens diguessin: “deixeu-lo com està, que a nosaltres ja ens convé que estigui així”. Generalment, quan el pacient millora, surten a la llum altres problemes de la família que fins al moment havien estat tapats amb la malaltia, i dels quals l’únic protagonista no és el pacient.

El benefici secundari de la malaltia s’interpreta com aquell soldat que s’ha fet amputar una cama per tal de justificar una pensió d’invalidesa. Hem de tenir en compte que aquests processos són “inconscients” i que ni el malalt ni la família saben, almenys en un principi, com actuen ni què impliquen.

Totes les qüestions que es juguen en l’àmbit familiar (troballes, silencis, confrontacions, enganys, secrets, amor, odi, incest, estimar i no estimar...) sorgiran en el pacient i en la família a través dels processos transferencials amb els acompanyants i els professionals.

El pacient desplega la seva part emocional en el dispositiu i projecta les seves relacions íntimes d’amor i odi, que permeten ser interpretades i, en definitiva, tractades en la seva teràpia. És a dir, que les relacions transferencials que estableixen els professionals amb el pacient són crucials per al seu tractament: en elles s’hi juga el lloc d’un “altre” simbòlic que li prestarà i posarà “cos”.

S’ha d’instaurar i inagurar la possibilitat que el pacient pugui “dir” el que ha desencadenat la crisi, que el pacient pugui implicar-se amb allò que li passa, que el patiment que relata en el seu discurs es transformi en símptoma, en un llenguatge. La transferència que es desplega en el dispositiu d’acompanyament és una bona guia per accedir al món de representacions del pacient. No se li ha de confirmar, ni contrariar, sinó sostenir, ja que és l’instrument primordial per tal que el pacient repregui la seva realitat circumdant. L’AT permet suportar la transferència i facilita la vida quotidiana, tant en les situacions crítiques com en les favorables. Les relacions transferencials que es produeixen entre els acompanyants i el pacient permeten treballar el cas en el tractament troncal.

Podem preguntar-nos si aquestes relacions que s’estableixen entre els familiars, el pacient i els professionals no es donen també a hospitals, centres de dia... En realitat també s’hi donen, tot i que no són reconeguts com a tals. De fet, al malalt se’l té apartat de la seva vida real, és a dir, d’aquelles relacions íntimes i del dia a dia que el tenen esclau i que l’han fet emmalaltir.

**Eva Font García**

Pedagoga col·legiada núm. 727

Membre del grup Salut, Terapèutica

i Qualitat de Vida del COPEC

Psicoanalista a l’Espai Psicoanalític de Barcelona

eva.font@psicoterapiabcn.com

## Equip d’Orientació Psicopedagògica

L’Equip d’Orientació Psicopedagògica és un servei de PrisMa que ofereix recolzament extern d’orientació educativa i tècnica a diverses entitats responsables del desenvolupament infantil (Centres Educatius, CRAEs, Centres d’Acollida, etc.), així com també a professors, alumnes i les seves famílies, contribuint a la millora de la qualitat de l’educació i atenció a la infància.

**Vols contactar amb l’Equip d’Orientació Psicopedagògica de PrisMa?**

972 21 75 65 - eop@prisma.cat



**PrisMa**  
formació psicopedagògica

Plaça Poeta Marquina 5, 1r-1a - 17002 Girona - 972 21 75 65