

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad
Nacional
de Rosario

TRABAJO INTEGRADOR FINAL *La Transferencia en el Acompañamiento Terapéutico*

Investigación bibliográfica

Autora: Natalia Volpe

Legajo: V-0815/0

DNI: 26550566

Docente Responsable: Ps. Cecilia López Ocariz

2023

Agradecimientos

Agradezco a mis padres por haberme inculcado la importancia de la educación, a mi compañero de ruta y de vida por su apoyo incondicional; a mis amigas, familiares, profesores

y a todas las personas que me acompañaron en este camino durante todos estos años.

1
Índice

Resumen y palabras clave.....	3
Introducción	4
Objetivo general y específicos	6

AT y Ley de salud mental 26657.....	7
La transferencia freudiana	10
Modos de concebir la transferencia en AT.....	13
▪ Algunas correspondencias y diferencias entre at y analista	13
Transferencia y función	13
▪ La transferencia y su lectura como condición necesaria para que el acompañamiento pueda considerarse terapéutico. La abstinencia como guía ética para las intervenciones.....	15
▪ La transferencia como sostén de la clínica del AT que se despliega en el escenario de la vida cotidiana	16
▪ La transferencia como vínculo entre at y acompañado que permite crear un espacio transicional y temporal capaz de generar modificaciones en la vida del sujeto	17
Lugar del at en el lazo transferencial	18
▪ Semejanza, semblante de semejante	18
Posición-Situación de paridad.....	19
Horizontalidad.....	20
▪ Vínculo fraterno propicio para entretejer lazo social y producir modos de subjetivación suplementarios	21
Problemáticas en torno a la transferencia en el AT.....	21
▪ Problemáticas derivadas del narcisismo	21
El problema de la amistad	22
Los conflictos de todo vínculo transferencial.....	24
Dificultades para la aplicación de la abstinencia en el vínculo transferencial	24
▪ Confusión de roles, la contratransferencia y la escasa disponibilidad libidinal del at	25
Conclusiones	27
Referencias bibliográficas.....	29

En este trabajo de investigación bibliográfica se pretende analizar la especificidad de la transferencia en el AT. Esta problemática surge en base al interrogante acerca de si es posible llamar transferencial al lazo entre at y acompañado; y si existe una especificidad que la distinga de la clínica psicoanalítica. La indagación por el modo en que se concibe a la transferencia en este campo, el lugar que se plantea para el at en la transferencia y las

problemáticas de la misma en el AT forman parte de los objetivos específicos. Se conjetura que existe cierta especificidad de la transferencia en AT la cual es pertinente circunscribir en un campo de trabajo interdisciplinario, puesto que incide en la práctica, en el modo en que ésta se sostiene y al momento de trabajar en equipo. En el primer apartado se desarrolla acerca de la pertinencia del AT en el marco de la ley de salud mental; en el segundo se ubican los aportes freudianos sobre transferencia. Finalmente, se establecen tres ejes que hacen alusión a los tres objetivos específicos; el modo de concebir la transferencia en el AT, el lugar del at en el lazo transferencial y las problemáticas de la transferencia en este campo. Se concluye que es pertinente llamar transferencial al vínculo entre at y acompañado; que la especificidad de la transferencia en AT está relacionada con la posición del at en la transferencia y con el modo de trabajar con la misma.

Palabras claves

Transferencia - Acompañamiento Terapéutico

Introducción

Este Trabajo Integrador Final presentado para la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, escrito con la modalidad de una investigación bibliográfica, se ha propuesto rastrear en las producciones de autores contemporáneos, la especificidad de la transferencia en Acompañamiento Terapéutico (AT) de perspectiva psicoanalítica. Si bien en la actualidad existen muchas líneas de trabajo para el abordaje de esta práctica, apuntaladas por diversas corrientes psicológicas, en esta investigación bibliográfica se ha

pretendido sistematizar las concepciones de autores que siguen la línea del psicoanálisis puesto que en este trabajo, se la considera como la línea más propicia para pensar prácticas de AT que sigan una ética y una lógica que vayan a contrapelo de las lógicas manicomiales y objetalizadoras, dándole relevancia a la singularidad de cada caso, apostando a la emergencia del sujeto, buscando su implicancia subjetiva en las acciones y decisiones que va tomando en el transcurso de su vida. En esta investigación se considera al AT como una práctica psicoanalítica basada fundamentalmente en la relación transferencial y orientada por los principios éticos del psicoanálisis a la hora de realizar las intervenciones.

El eje puesto en los aportes freudianos sobre el lugar de la realidad psíquica y la eficacia de las producciones inconscientes en la etiología del sufrimiento subjetivo, los insumos centrales de una terapéutica centrada en el trabajo que propicia la lectura del lazo transferencial y los miramientos éticos de la abstinencia como brújula para las intervenciones, hacen de la clínica del AT una práctica psicoanalítica de pleno derecho. (López Ocariz, 2017, p. 5)

La problemática de esta investigación surge a partir de algunos interrogantes. Es usual escuchar en los dispositivos de AT, así como también en los cursos de formación de acompañantes, referirse a la transferencia como algo obvio y naturalizado, pero ¿es lo mismo hablar de transferencia en AT que en la práctica psicoanalítica? ¿Se puede llamar transferencia al lazo que se establece entre acompañante y acompañado? De ser así, ¿de qué modo trabaja con la transferencia? ¿Qué hace el acompañante terapéutico (at) con lo que le es transferido? Es a partir de estas preguntas que se construye el problema: la especificidad de la transferencia en AT.

Si bien el AT tiene bases teóricas en el psicoanálisis, no es un psicoanálisis y es importante que pueda establecerse esa diferenciación para que tanto psicólogos como acompañantes (ats), puedan trabajar en conjunto, pero conservando cada cual la especificidad de su práctica. Es a partir de esta problemática que el objetivo principal del trabajo es realizar un análisis acerca de la especificidad de la transferencia en el AT. Para lograrlo, se busca efectuar una investigación bibliográfica; la cual consiste en rastrear en las fuentes documentales escritas por los autores seleccionados como Pulice (2016), Rossi (2010), Besson (2018), López Ocariz, (2017) Kuras de Mauer y Resnizky (2020) todos ellos psicoanalistas contemporáneos y referentes del campo del AT, de qué manera conciben la transferencia en esta práctica y si establecen alguna especificidad de la misma que la caracterice.

A su vez, este tema es pertinente y relevante ya que se considera que el AT es una práctica que puede trabajar y dirigirse en la misma dirección con lo que se propulsa en la ley de Salud Mental N°26657, la cual promueve la sustitución de las lógicas manicomiales e impulsa a reflexionar y a implementar estrategias alternativas que tengan como meta el cuidado de los derechos de los sujetos así como también la consideración de las subjetividades singulares en el ámbito de la salud mental. Pues en este nuevo paradigma, el AT es una práctica inestimable (López Ocariz, 2018).

Este trabajo de investigación puede ser de interés para la psicología puesto que el AT es una práctica que propicia desde sus orígenes, un trabajo interdisciplinario y que ha demostrado cierta eficacia en el ámbito de la salud mental en los últimos 50 años, en sus diversos modos de implementación, ya sea como dispositivo, como estrategia o recurso clínico. El acompañamiento terapéutico es “una práctica dentro del campo de la Salud Mental orientada al abordaje del sufrimiento subjetivo, tanto ligado a la vida anímica del sujeto y sus avatares como a las consecuencias de la vulneración de derechos, aspectos diversos, pero

necesariamente entramados” (López Ocariz, 2018, p. 1).

Para facilitar la lectura, este trabajo se divide en diferentes apartados. En el primero se trata de dar cuenta de la pertinencia del AT en el marco de la ley de salud mental; en un segundo apartado se ubican los aportes freudianos sobre el concepto de transferencia. Finalmente, en el tercer apartado se han ubicado tres ejes que han sido considerados como propicios para establecer alguna especificidad en torno a la transferencia en el campo del AT. El primero es el eje en relación a la transferencia en el campo del AT, el segundo es el lugar del at en el lazo transferencial y el tercero son las problemáticas que se presentan habitualmente en relación a la transferencia.

La hipótesis planteada es que se considera que existe cierta especificidad de la transferencia en AT, la cual es pertinente circunscribir en un campo de trabajo interdisciplinario, puesto que incide en la práctica, en el modo en que ésta se sostiene y al momento de trabajar en equipo.

La meta final consiste en hacer un análisis acerca de la especificidad de la transferencia en el AT que sirva de insumo para pensar esta práctica a todos aquellos psicólogos y psicoanalistas que vayan a realizar un trabajo en articulación con ats, ya sea en dispositivos o equipos interdisciplinarios.

Objetivos

General

- Analizar la especificidad de la transferencia en el AT.

Específicos

- Establecer el modo en que se concibe la transferencia en el AT.
- Indagar qué lugar tiene el acompañante terapéutico en el lazo transferencial. • Investigar posibles problemáticas de la transferencia en el AT.

AT y Ley de Salud Mental

El AT es una práctica clínica en el campo de la salud mental que se origina a fines de los años 60 y comienzo de los 70 en un momento convulsionado a nivel político y social, no solo en Argentina sino también en otros países de occidente. En ese momento había una imperiosa necesidad de transformar la asistencia psiquiátrica tradicional poniendo en cuestionamiento las lógicas manicomiales y el modo de tratamiento para la locura. Este contexto histórico fue el terreno propicio para que pudieran efectuarse ciertas experiencias en el ámbito de la salud mental por influencia de la psiquiatría dinámica, la antipsiquiatría y también el psicoanálisis (Pulice,2016). Al respecto, se mencionan tres experiencias

revolucionarias claves ocurridas en Argentina las cuales son “fuentes que nos permiten comprender los inicios del AT como una práctica clínica filiada a una historia y no como experiencia autofundada descontextualizada” (Besson, 2018, p. 60). Una de ellas es la *Experiencia Rosario* de Enrique Pichón Rivère otra es el *Proyecto del Hospital Evita de Lanús* y, por último, los *Proyectos de Centro de Día del Hospital Estévez de Buenos Aires y de la Colonia de Federal en provincia de Entre Ríos*. Estas experiencias fueron pioneras en salud mental y según Pulice (2016) tuvieron el común denominador de estar emplazadas en un espacio institucional, pero de apertura hacia la comunidad, lo cual produjo nuevos modos de generar lazos entre el interior de la institución y el exterior, es decir, la comunidad. Se ha tomado en este trabajo la experiencia del Hospital Evita de Lanús para ejemplificar una de las tantas experiencias transformadoras para aquel momento. En 1956 Mauricio Goldemberg crea el primer servicio de Salud Mental con sala de internación para pacientes de psiquiatría en un hospital general, precisamente en el hospital Evita de Lanús; un hecho inédito hasta ese momento en nuestro país y en el mundo occidental.

Goldemberg diseñó un proyecto de avanzada para la época, y en el cual convocaba a diversos profesionales encontrando en el hospital general el espacio social para desarrollarlo. Entre las ideas más fuertes se podrían mencionar la convicción de que era posible una asistencia psiquiátrica y psicológica de calidad en el ámbito público, el descentramiento del poder psiquiátrico como eje básico excluyente evidenciando de esta manera la necesidad de conformar un equipo interdisciplinario. Es así que profesionales de distintas especialidades como “médicos psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos, asistentes sociales, enfermeros, se unieron en este plan que intentaba diseñar un nuevo campo que pasara de la concepción de la asistencia psiquiátrica a una concepción de atención en salud mental” convirtiéndose en un proyecto ejemplar en todo el mundo” (Pulice, 2016, p. 20). Muchas de las intervenciones que se realizaban marcaban la diferencia respecto a la concepción tradicional de un centro de prestaciones psiquiátricas abriendo camino, hacia la comunidad. Entre esas intervenciones se podría nombrar al equipo de interconsultas dirigido por Barenblit, psiquiatra y psicoanalista que formaba parte de este proyecto; dirigió la destacada y mítica *patrulla* que propiciaba interconsultas a domicilio con los demás servicios del hospital, asistiendo casa por casa en barrios marginales, capacitando a los vecinos como promotores de salud, entre tantas otras intervenciones que estaban por fuera del ámbito hospitalario (Pulice, 2016).

La aparición del AT está marcada por este contexto; nace como una herramienta clínica que se inscribe en una búsqueda por parte de muchos profesionales de la salud mental, la cual tenía como objetivo subvertir los lineamientos imperantes, aun fuertemente arraigados del modelo manicomial. Es así que surge el AT como un recurso alternativo a los tratamientos tradicionales de aquella época que se basaban prioritariamente en el encierro y en la medicalización de pacientes con padecimientos más severos; en cambio, el AT propiciaba un espacio que alojaba al malestar subjetivo de los acompañados y un abordaje diferente al modelo psiquiátrico, trabajando siempre en equipos interdisciplinarios, apostando

7

a la reconstrucción de los vínculos de los acompañados o generando nuevos, para la vida en comunidad, pensando cada caso en su singularidad. “La figura del at¹ ganaba todo el sentido en un equipo definido como interdisciplinario y a falta de teorización y especialización que se daría en décadas posteriores, se abrió a diferentes perfiles profesionales” (Pulice, 2016, p. 9). La primera nominación recibida en torno a la figura del acompañante fue la de *amigo calificado* efectuada por Dr. Kalina. Luego de un tiempo, se realizó un cambio de nominación hacia la de *Acompañante terapéutico*, poniendo el acento en lo terapéutico de la función asistencial por sobre lo amistoso.

Barenblit cuenta (Pulice, 2016) que en aquel momento había una meta clara que consistía en construir un campo para la atención de la salud mental que tenía tres ejes. El

primer eje era la interdisciplina, es decir, se enfatizaba en la necesidad de que profesionales de la salud y bienestar social, pudieran trabajar articulando sus conocimientos y sus recursos; el segundo eje era la articulación interinstitucional, puesto que se entendía que ninguna institución por sí sola podía dar respuestas a las problemáticas psicosociales de los ciudadanos; el tercer eje era la cooperación intersectorial, porque se pensaba que para abordar la salud había que adoptar un enfoque amplio que se extendiera a otras áreas como la educación, la justicia, la vivienda, la obras públicas de transporte, el medio ambiente, o las regulaciones laborales. Toda esta diversidad de experiencias, ideas y proyectos revolucionarios en el campo de la Salud mental se vieron truncados por el golpe cívico militar de 1976, un periodo nefasto en la historia argentina. Barenblit en el prólogo de Pulice (2016), lo expresa como “pérdida dramática de una memoria profesional colectiva” (p. 8) Muchos de los profesionales debieron emigrar a otros países puesto que las prácticas que venían sosteniendo habían sido consideradas subversivas; es así que los exiliados difundieron la práctica del AT en aquellos países donde habían emigrado. De todas formas, durante ese período, el AT pudo subsistir en el ámbito privado. Una vez concluida la dictadura militar, pudo visibilizarse la devastación en el campo de la salud mental al igual que en cada elemento del tejido social. Respecto a la situación del AT no había lugares para la capacitación académica, tampoco material bibliográfico y menos aún reconocimiento formal de los ats.

En el año 1994 se realizó el Primer Congreso Nacional de Acompañamiento terapéutico en la ciudad de Buenos Aires y a partir de ese momento hasta la actualidad, los encuentros, jornadas y congresos nacionales e internacionales continuaron realizándose año tras año, dando lugar a intercambios de información, de producción bibliográfica y de experiencias entre los acompañantes de Argentina, pero también de países como Uruguay, Chile, Perú, Brasil, Colombia y España.

En el año 2010 se logra sancionar una Ley Nacional de Salud Mental N°26657 en la cual aparecen plasmadas muchas de aquellas ideas consideradas revolucionarias de los años 70 en el campo de la salud mental pero que habían sido desmanteladas durante la dictadura militar. Cabe destacar que es una ley basada en los derechos humanos y enmarcados en el nuevo paradigma de restitución de derechos. En ella se promueve la sustitución de lógicas manicomiales, propicia el cierre de los manicomios, rompe con el modelo médico hegemónico reduccionista, propone un abordaje de salud integral en las prácticas e intervenciones, reconociendo fundamentalmente al paciente como sujeto de derecho y dejando atrás su conceptualización como objeto de cuidados. Además, se establece que la atención en salud mental debe promoverse a cargo de equipos interdisciplinarios, descentrando de esta manera al poder psiquiátrico y establece que el proceso de atención deberá realizarse por fuera del ámbito de internación hospitalaria e intersectorial, basados en los principios de atención primaria de la salud y orientada al

¹ ‘at’, abreviatura utilizada a lo largo del escrito de la investigación bibliográfica para referir al concepto de Acompañante Terapéutico, diferenciado de ‘AT’, que refiere a Acompañamiento Terapéutico.

reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Es una ley que impulsa a reflexionar y a implementar estrategias alternativas a la lógica del manicomio y del encierro, para abordar el malestar subjetivo garantizando los derechos de los usuarios. Si bien, en este marco que establece la ley, se le da al AT por primera vez entidad jurídica a nivel nacional, lo hace de manera bastante confusa. En el artículo 12 lo menciona cuando dice que no se deberá prescribir medicación como castigo o para reemplazar al AT mientras que en el artículo N° 11 en el cual se enuncian los tipos de dispositivos sustitutivos, el AT no aparece ni siquiera mencionado. Al respecto, López Ocariz (2017) plantea que “lo propiciatorio de esta ley no se encuentra en la letra de la misma sino en las potencialidades

que el nuevo paradigma establecido a partir de la ley enmarca” (p. 124). Considera necesario debatir por la especificidad del AT para que la misma pueda ser una praxis que se dirija en continuidad con el espíritu de la ley. Pulice (2016) considera que más allá de la imprecisión en la que se ubica al AT “abre las puertas a la introducción de nuevos instrumentos jurídicos complementarios que posibilitan la regulación y definitiva inclusión formal del AT como profesión con carta plena de ciudadanía en el Sistema de Salud Mental” (p. 56).

Si bien aún no hay una regulación Nacional para el ejercicio del acompañante terapéutico, varias provincias argentinas han logrado establecer normativas provinciales de AT. Un ejemplo de ello es Santa fe; que, mediante la asociación de ATS de la provincia, agrupados en una lucha activa, colectiva, y perseverante, consiguió que el poder ejecutivo santafesino promulgara la Ley N° 13.970 que regula el ejercicio de la actividad del at otorgando un marco legal a dicha profesión, estableciendo derechos, obligaciones y de esta manera, jerarquizando su actividad profesional (Roberts, 2020). Otras provincias que también lograron obtener sus leyes de AT a nivel provincial son Córdoba (Ley N° 10.393), Río Negro (Ley N° 4.624), San Juan (Ley N°7.697), San Luis (N° Ley 0599-2007), Santa Cruz (Ley N° 3.407), Tierra del Fuego (Ley N°1036) y Chubut (Ley N° X-58). Estas normativas son similares pero aún no existe un marco regulatorio federalizado.(Sáliche y Ambrosini, 2017)

En relación a la formación académica del AT, ha habido un notable crecimiento en los últimos años. Roberts (2020) plantea que en Argentina existen por lo menos 20 universidades en las cuales se brinda formación en acompañamiento terapéutico con el título de técnico universitario. También existen institutos terciarios que otorgan en todos los casos el título de técnico superior. Así como también se dictan cursos de variada carga horaria, actividades de formación o carreras de educación superior (no universitaria), instituciones públicas o privadas, asociaciones profesionales que se encuentran en diferentes provincias. Es necesario considerar los grandes avances y la incorporación de dicha práctica al sistema de salud, lo cual hace indispensable que el estado cree un marco legal nacional que regule el ejercicio profesional garantizando la calidad de la prestación del servicio del at tanto para los prestadores como para los usuarios del mismo.

La transferencia freudiana

Se considera necesaria la escritura de este apartado ya que antes de abordar la transferencia en el campo del AT, es preciso recurrir no al inventor de la misma sino a aquel que se topó con la transferencia en la clínica, la teorizó y la utilizó como herramienta para el tratamiento analítico.

Sigmund Freud estableció las bases del psicoanálisis y fue teorizando a lo largo de todo su recorrido diferentes conceptos fundamentales para la práctica psicoanalítica. El

término transferencia es uno de los conceptos pilares de su teoría y la herramienta clínica con la que cuenta el analista para llevar adelante un tratamiento psicoanalítico. Pues, a lo largo de todo el recorrido de su obra, Freud, fue haciendo modificaciones, redefiniendo el concepto y luego sus sucesores continuaron teorizando acerca de la misma. La transferencia puede ocurrir en cualquier vínculo entre personas; solo que Freud la encuentra en la clínica y decide utilizarla en pos de la curación del paciente. Es un fenómeno que fue planteado al principio como el mayor obstáculo en el tratamiento, pero que finalmente también pasó a considerarse como el máximo motor para la cura (Freud, 2013).

Cabe aclarar que, durante los llamados *Escritos técnicos*, periodo entre 1900 y 1919 es donde se realizan los desarrollos teóricos en los cuales se hace hincapié en este trabajo de investigación. En 1893 cuando expone *Estudios sobre la histeria*, Freud establece la primera acepción sobre transferencia en términos psicoanalíticos. Al principio él estaba trabajando acerca de los obstáculos que podían llegar a presentarse en la relación entre médico-paciente y planteó tres casos principales; el primero puede establecerse cuando la paciente se siente despreciada o escucha algún comentario desfavorable sobre el médico y el tratamiento; el segundo cuando la enferma tiene temor de acostumbrarse demasiado a su médico, perder autonomía y caer en dependencia sexual frente a él; y la tercera; cuando la enferma se espanta por transferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis. La transferencia sobre el médico acontece por falso enlace. Es decir, mociones de afectos inconscientes reprimidos son transferidos a la persona del analista (Freud, 2012).

En 1901 presenta *Fragmento de análisis de un caso de histeria* conocido como Caso Dora, es donde Freud se da cuenta de que el tratamiento de la muchacha fue interrumpido por un obstáculo en la transferencia; y se lamenta no haberla dominado a tiempo; fue sorprendido por ésta y según Freud debería habérsela interpretado. En el epílogo Freud plantea lo siguiente:

¿Qué son las trasferencias? Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado sino como vínculo actual con la persona del médico. (Freud, 2013 p. 101)

En este texto Freud manifiesta que la transferencia no es un invento suyo, él se choca con ésta en la clínica y decidirá utilizarla para la cura; entonces expresa: “La cura psicoanalítica no crea la transferencia; la revela, como a tantas otras cosas ocultas en la vida del alma” (Freud, 2013, p. 102). También expone que si bien la transferencia es un obstáculo como pudo experimentarlo con Dora, si se la interpreta a tiempo puede ser una aliada para el tratamiento. Freud lo expresa de la siguiente manera: “La transferencia, destinada a ser el mayor escollo para el análisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla y traducírsela al enfermo” (Freud, 2013, p. 103).

En 1912 cuando escribe *Sobre la dinámica de la transferencia* Freud realiza algunas puntualizaciones para establecer como la transferencia se produce necesariamente en una cura psicoanalítica y alcanza su consabido papel durante el tratamiento. Aquí Freud establece que todo ser humano debido a las disposiciones innatas e influjos recibidos en la infancia, adquiere una forma singular en sus modos de amar, y de ejercer su vida amorosa, como también las pulsiones que satisfecerá y las metas que se fijará. El producto de estas conjugaciones será un clisé o varios, que se repetirán con regularidad en su vida en la medida en que las circunstancias y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, lo

permitan. Se ha averiguado, que solo una porción de esas mociones que determinan la vida amorosa es consciente; pero que existen otras mociones libidinosas que han sido apartadas de la consciencia y de la realidad objetiva; desplegándose en la fantasía o permaneciendo en lo inconsciente completamente.

Es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico. De acuerdo con nuestra premisa, esa investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento. (Freud, 2017, p. 98)

En este escrito Freud establece que la transferencia puede ser positiva de sentimientos tiernos o eróticos; o negativa, de sentimientos hostiles. La más apropiada para la continuidad del tratamiento será la positiva de sentimientos tiernos o amistosos mientras que la transferencia positiva de mociones eróticas inconscientes o la negativa de sentimientos hostiles actuaran como resistencia al tratamiento impidiendo la cura. La forma de cancelar la transferencia negativa sobre el médico será haciéndola consciente por medio de la interpretación y comunicación al paciente. Freud también menciona acerca de la dificultad para dominar los fenómenos de la transferencia, sin embargo, es gracias a ellos que se vuelven actuales las mociones de amor que quedaron olvidados y que, en definitiva, “nadie puede ser ajusticiado in abstenía o in efigie” (Freud, 2017, p. 105).

En el año 1914, en *Recordar, repetir, reelaborar* establece una relación fundamental entre la repetición y la transferencia; ya que esa repetición o actuación del sujeto durante el tiempo de análisis es lo que le permitirá al analista anoticiarse de algunas mociones reprimidas y olvidadas del paciente de su pasado. Afirma que el analizado no recuerda nada de lo reprimido y olvidado, pero lo actúa, es decir que lo repite no como recuerdo sino en sus acciones sin saber que lo está haciendo. También establece una relación entre la compulsión a la repetición, la transferencia y la resistencia. Advierte que “la transferencia es una pieza de repetición y que la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no solo sobre el medico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente” (Freud, 2017, p. 152). El analizado en lugar de recordar, repite o actúa inhibiciones, actitudes, rasgos patológicos de carácter y además durante el tratamiento repite todos sus síntomas; es por la transferencia que el analista puede anoticiarse de esa parte de la historia del sujeto.

En 1915, en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*, Freud comienza refiriendo a las dificultades que tiene todo principiante en el psicoanálisis para interpretar las ocurrencias del paciente y reproducir lo reprimido; pero luego dice que las únicas realmente importantes son aquellas con la que se tropieza en el manejo de la transferencia. En este texto, se advierte que es usual que los pacientes en tratamiento psicoanalítico, caigan en un enamoramiento por el analista al que Freud llamará amor de transferencia y plantea que el analista tiene que estar advertido de que ese enamoramiento se produce por la situación de análisis y no lo debe adjudicar a virtudes de su persona.

Cuanto estorbe a proseguir la cura, puede ser la exteriorización de una resistencia. Y en el surgimiento de esa apasionada demanda de amor, la resistencia tiene sin duda una participación grande (...) El enamoramiento existía desde mucho antes, pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir la prosecución de la cura, apartar del trabajo todo interés y sumir al médico analista en un penoso desconcierto. (Freud, 2017 p. 166)

Freud establece que la técnica psicoanalítica le impone al analista negarse a

satisfacer la demanda de amor del paciente y expresa “La cura tiene que ser realizada en la abstinencia. Hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionales del trabajo y la alteración; y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados” (Freud, 2017, p. 168). Plantea que, si el analista llegara a corresponder a esa demanda amorosa, esto implicaría una derrota total para la cura; ya que la paciente habría conseguido lo que todos los enfermos aspiran en un análisis; actuar y repetir en la vida aquello que debe ser recordado y conservado como material psíquico para el análisis.

No hay derecho a negar el carácter de amor genuino al enamoramiento que sobreviene dentro del tratamiento analítico. (...) de todos modos se singulariza por algunos rasgos que le aseguran una particular posición. 1 es provocado por la situación analítica 2 es empujado hacia arriba por la resistencia que gobierna a esa situación 3 carece en alto grado del miramiento por la realidad objetiva; es menos prudente, menos cuidadoso de sus consecuencias, más ciego en la apreciación de la persona amada de lo que querríamos concederle a un enamoramiento normal.
(p. 171)

Algunas correspondencias y diferencias entre at y analista en la transferencia

Rossi (2010) toma conceptos psicoanalíticos para hablar de la relación entre at y acompañado, pero sería incorrecto decir que realiza una extrapolación desde el psicoanálisis al campo del AT puesto que marca diferencias con la clínica psicoanalítica en varias

cuestiones. Ubica al at en un lugar diverso al de un analista en el lazo transferencial con un paciente pero también establece diferencias respecto al modo que tiene el at al momento de responder. Establece que si bien en un AT es fundamental el espacio para la escucha como lo es para el dispositivo analítico, destaca además la necesidad de que el at se muestre como una presencia cercana en ciertos momentos y lugares, así como también que intervenga en situaciones de la cotidianeidad. Además, realiza una correspondencia entre at y analista en función a lo que establece Lacan respecto a la transferencia. Destaca que, así como el analista no debe responder a la demanda de amor del paciente, el at no debiera tampoco responder a las demandas de amistad del acompañado ya que de lo contrario podría quedar en un lugar poco propicio para realizar el AT.

Para el at se trata de una disposición más que de un sentimiento. Lo traducimos en la apelación a no responder a la amistad con amistad. Hacemos con esto un paralelismo con el planteo de Lacan respecto a la transferencia cuando dice que el analista no debe responder al amor con amor, lo que vale también para el AT, dado que tendrá sus obstáculos si es el at quien confunde respecto a su rol y queda identificado a ese lugar del amigo. (Pulice, 2017, p. 109)

Transferencia y función

Pulice (2021) considera a la transferencia como una herramienta clínica fundamental con la que cuenta el AT así como también las demás prácticas que trabajan en salud mental. Es aquella que posibilita sostener una relación terapéutica, aunque tiene sus dificultades puesto que no existe un instructivo que oriente para trabajar con la misma; todo aquello que se despliegue en transferencia habrá que asociarlo con lo que ocurre en la singularidad de cada caso lo cual implica la imposibilidad de generalizar. Se sirve de los conceptos del psicoanálisis, freudianos y lacanianos para pensar a la transferencia en el campo del AT. Pulice (2017) en su libro *Fundamentos clínicos del AT*, cuando hace una revisión del concepto transferencia, establece que es una acción que implica el desplazamiento de alguna cosa de un lugar a otro, pero para que eso sea posible es necesario que ese algo pueda ser transferible, es decir, que tenga algún valor de intercambio; y se requiere de alguien que transfiera y de alguien que esté dispuesto a recibirlo. Luego recurre a Freud, al texto *Sobre la dinámica de la transferencia* para expresar que todo ser humano, adquiere cierta especificidad para amar de acuerdo con disposiciones innatas y experiencias de la infancia; y que en función con ello serán las pulsiones que satisfecerá y las metas que se fijará. El autor también menciona al texto freudiano llamado *Construcciones en análisis* de 1937, en el cual Freud hace una analogía entre el trabajo de análisis y el trabajo de arqueología en el cual establece que el analista trabaja en mejores condiciones que el arqueólogo porque dispone de un material que el arqueólogo no podría extraer de las exhumaciones como por ejemplo las repeticiones que hace el paciente, que provienen de tiempos pasados y que se repetirán en transferencia. A diferencia del objeto de la arqueología, el objeto del psicoanálisis es un poder actual, es decir que no se trata del

pasado olvidado sino de algo que habita al paciente en la actualidad y que se va a poner en acto en la relación transferencial. Son muchas las referencias a Freud y a Lacan que Pulice destaca para mostrar como a través de la transferencia se puede acceder a aquello que el paciente no recuerda, pero que repite en el lazo transferencial. Las actuaciones y repeticiones que realiza el paciente en el presente serán material de análisis disponible tanto para el analista como para el at.

Pulice (2017) en el segundo capítulo del libro *Fundamentos clínicos del AT*, ubica a la transferencia como aquella que resuelve un antiguo interrogante en relación con la función

del AT. Esta pregunta ha sido un tema recurrente a lo largo de la historia del AT y hay varias teorizaciones acerca de ello. Pulice menciona que la función del at, fue tomando categorías diversas en relación al lugar donde se fue insertando esta práctica y a pesar de que pudo diferenciarse del enfermero y del terapeuta; perduró esa dificultad para establecer su función específica. Plantea que no es posible elaborar postulados generales sobre como intervenir en la clínica basándose en diagnósticos o clasificaciones nosográficas ya que hacer eso implicaría toparse con la problemática de la subjetividad, con aquello singular que está en la base del sufrimiento psíquico de cada sujeto. Es decir que, según esta visión, no habría un recetario posible ya que cada caso es singular y saber de ante mano cómo proceder, sería dejar de lado la dimensión subjetiva de los pacientes acompañados (Pulice, 2016).

En el encuentro con lo inconsciente, con la transferencia, con la pulsión, que, en su cruce con la repetición, en la compulsión de repetición, se nos revela como pulsión de muerte. En el ominoso encuentro con eso, en suma, que habita parasitariamente al sujeto, que lo divide, que lo fragmenta, que lo muerde por fuera y por dentro en su cuerpo, y en su alma, haciéndolo puro objeto de una maquinaria de goce que no puede detener. (Pulice, 2017, p. 89)

Será a partir del encuentro con lo inconsciente, con lo que se manifieste en transferencia, y sólo allí, que cada integrante del dispositivo de acompañamiento terapéutico, es decir cada acompañante devendrá función; se revelará allí su lugar en la escena transferencial. A partir de ese momento se podrá situar la posición del at en ese caso singular y recién allí estará en condiciones de definir la función y las intervenciones posibles, pero para que esto pueda suceder será fundamental que el at se abstenga de poner en juego su propia subjetividad y espere pacientemente al advenimiento del sujeto en calidad de deseante. También menciona que la función estará ligada a la estrategia que se piense para ese sujeto singular según lo establecido por el equipo. En el *libro Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura*, Pulice (2021) plantea que el estar ahí del at implica pasar a formar parte de cierto lugar en la escena. Alega que los dolores que el at puede experimentar en el cuerpo están relacionados con la afectación que puede despertar en él la conflictiva familiar del acompañado que no solo se despliega allí a su alrededor, sino que lo atraviesan. Dirá que eso es transferencia puesto que no solo es amor lo que se transfiere y que las mejores formas para tramitar esos dolores son la supervisión y el análisis personal.

¿Cómo es que el at empieza a formar parte de la escena? Esto es posible debido a la relación transferencial; una vez instalado el lazo, el at comenzaría a formar parte de la economía libidinal del paciente, donde ya no sería un otro cualquiera sino un otro significativo con el cual el acompañado puede contar. Es así como el at llega a recibir un papel en la trama argumental siendo partícipe del despliegue de una secuencia de escenas que se repiten en el cual el paciente y el accionar de los demás personajes no pueden dejar de repetir, volviendo a caer en los mismos lugares de siempre. Es aquí donde conceptos propios del campo del psicoanálisis ayudan a leer la singularidad de cada caso. Freud le llamó compulsión a la repetición. “Se trata de ciertas mociones pulsionales que con

aparición de representar un deseo se imponen al sujeto configurando cada uno de los escenarios por los que transita bajo ciertas coordenadas que no puede dejar de repetir” (Pulice, 2021, p. 97). A ese dualismo pulsional, a esas mociones inconscientes del sujeto que empujan en dirección contraria, yendo en contra de sí mismo y saboteando aquello que dice desear, Freud lo llamó pulsión de muerte. Pulice (2021) considera que a partir del despliegue transferencial y de su lectura, que el acompañante y los demás miembros del equipo podrán inferir a que papel los convocó el acompañado a protagonizar. Esto no implica

asumir ese papel puesto que se estaría propiciando la repetición de la historia cuando lo que se busca es la interrupción de esa repetición que hace sufrir al sujeto. Esa información serviría a los fines de realizar la lectura de lo ocurrido en transferencia y a partir de allí realizar intervenciones.

La transferencia y su lectura como condición necesaria para que un acompañamiento pueda considerarse terapéutico. La abstinencia como guía ética para las intervenciones.

López Ocariz (2018) toma consideraciones freudianas sobre la transferencia y la abstinencia para desarrollar las tensiones que se suceden en la clínica del AT. Considera que el Acompañamiento terapéutico es una praxis psicoanalítica, ya que sus fundamentos clínicos se basan en el psicoanálisis, por lo tanto, es una práctica que se sostiene sobre la base de la transferencia y su lectura.

El eje puesto en los aportes freudianos sobre el lugar de la realidad psíquica y la eficacia de las producciones inconscientes en la etiología del sufrimiento subjetivo, los insumos centrales de una terapéutica centrada en el trabajo que propicia la lectura del lazo transferencial y los miramientos éticos de la abstinencia como brújula para las intervenciones, hacen de la clínica del AT una práctica psicoanalítica de pleno derecho. (López Ocariz, 2018, p. 8)

De todas maneras, esto no implica que los desarrollos psicoanalíticos puedan ser extrapolados linealmente a la práctica del AT. Es por eso que la autora considera necesario reflexionar sobre la especificidad del AT y así mantener diferenciadas las especificidades de ambas praxis. Por lo tanto, se podría decir que la transferencia es central en el AT lo cual supone que las intervenciones se harán en función de la lectura de esta y no en base a un diagnóstico (López Ocariz, 2018).

López Ocariz (2018) establece que hay diversas formas de pensar lo terapéutico. Considera que hay acompañamientos que suelen darse de manera espontánea como los que puede brindar un amigo, vecino o familiar; si bien estos tienen valor de terapéuticos porque implican una contención para la persona que lo necesita no se estaría hablando de AT. Para la autora es requisito que se establezca una lectura clínica de la transferencia para que se pueda considerar como AT propiamente dicho. Menciona diversos sentidos de lo terapéutico; la dimensión terapéutica espontánea de acompañar si se la piensa dentro de una estrategia clínica, el at quedaría en el lugar de aquel que brinda sostén, que alivia un malestar, que genera condiciones para que el paciente pueda sostener la terapia, ocupando en la estrategia clínica, un papel parecido al de los psicofármacos. El otro sentido de lo terapéutico, en su dimensión de estrategia clínica, implica que la labor del at será guiada por la lectura transferencial interviniendo en la misma dirección que el analista. Considera que ambas dimensiones de lo terapéutico coexisten en la clínica, pero menciona que ninguna de ellas puede sostenerse de manera ingenua, sin una lectura clínica de la situación, sin una lectura de la transferencia.

Refiere que a partir de la instalación de la transferencia el at ingresa a la economía libidinal del sujeto, y que su trabajo adquiere dimensión clínica a partir de leer de qué manera es tomado en el lazo transferencial por el acompañado. El mismo reeditará en la figura del at aquellos lazos de amor temprano como efecto de la transferencia. Establece que “ese lazo transferencial en la misma medida que el análisis, será el motor y la condición de posibilidad para propiciar transformaciones en los modos de amar y de estar en el mundo de quien

sufre” (López Ocariz, 2018, p. 106).

Respecto al trabajo con la transferencia, considera aspectos múltiples de la misma, es decir, que debe pensarse lo transferencial no solo en relación al paciente o lo que sucede con otros ats que trabajen en un mismo caso sino también poder pensar los lazos entre los miembros del equipo. De la misma forma debe considerarse la regla de la abstinencia, es decir, de manera múltiple. La autora establece como condición necesaria, la abstinencia en el sostenimiento del lazo con el acompañado, pero además la abstinencia en relación con la familia del mismo y a los demás compañeros del equipo. Abstenerse de creer que es por sus cualidades personales que el acompañado puede llegar a preferirlo más que a otros ats o familiares. Propone abstenerse de querer suplir lo que al acompañado le faltó en su familia, así como abstenerse de colocarse en un lugar de excepcionalidad frente a los integrantes del equipo puesto que esto llevaría directamente a generar una escena de rivalidad. La abstinencia implica evitar responder a las demandas de amor del acompañado, puesto que “se trata de un lazo que permitirá el trabajo clínico si se puede abstener de querer hacer coincidir su persona con quien se afirma que es en la transferencia” (López Ocariz, 2018, p. 70). La regla de la abstinencia implica estar advertidos de que algunos aspectos propios del at pueden entrar en la dinámica transferencial por lo cual se hace indispensable su análisis personal y los espacios de supervisión y retrabajo. También resulta fundamental el posicionamiento ético político del at en relación al sufrimiento subjetivo ya que estará presente en cada intervención que realice y dependerá de dicho posicionamiento que el trabajo de AT propicie efectos terapéuticos o iatrogénicos; y que promueva una clínica que apueste al sujeto o no lo haga (López Ocariz, 2018).

Las diversas posiciones teórico ético políticas no son en absoluto equivalentes ya que de ellas partirán las posibilidades estratégicas de trabajo y sus efectos: el at como cuidador, como policía de conductas, como enfermero mental, como nursery, etc. Se trata de sortear aquellas posiciones que infantilizan, impotentizan, victimizan, objetalizan, posiciones que a fin de cuentas terminan teniendo un efecto iatrogénico, sino devastador. (López Ocariz, 2018, p. 74)

La transferencia como sostén de la clínica del AT que se despliega en el escenario de la vida cotidiana

Besson (2018) establece que la clínica del AT se establece fundamentalmente sobre un tipo de lazo al cual llama transferencial que se despliega en el escenario de la vida cotidiana y al igual que en la clínica psicoanalítica, el paciente reeditaría modos de relación primarios sobre el at. En este sentido, podríamos decir que se refiere a la transferencia como la base de la clínica del AT aunque ubica al at en un lugar diferente al del analista estableciendo el escenario cotidiano del paciente en el cual trabaja el at marcando una diferenciación con otros modos de clínicas psicoanalíticas.

El AT es un modo de la clínica que se despliega a partir de un tipo de lazo transferencial, que enfatiza los elementos y circunstancias que componen la vida cotidiana. Esto implica que los modos de relación primarios del sujeto reeditado en la transferencia con el acompañante terapéutico se manifiestan en acciones y decires que

componen las escenas de la vida diaria y que, por eso mismo, colocan al at en lugar diferenciado de la función del analista. (Besson, 2018, p. 66)

Desde su perspectiva, el AT es una clínica sostenida en la técnica y ética psicoanalítica, basada en principios y reglas, con las cuales se busca ordenar las condiciones para producir movimientos, esto es mediante el encuadre y el manejo de la

transferencia, para lo cual es imprescindible una lectura rigurosa de la abstinencia como regla fundamental. Considera que la clínica del AT tiene una *filiación con la clínica psicoanalítica* ya que es una práctica que se sirve de la transferencia para sostener el lazo terapéutico con el paciente y aquello que le permitirá trabajar con éste, siendo de fundamental importancia el modo en que se construye ese lazo, diferente y único en cada caso, y haciendo hincapié en la forma en que el acompañado se posiciona y ubica al at al momento de reeditar antiguas formas de relación. Por otro lado, argumenta la filiación psicoanalítica del AT, diciendo que las resistencias y las circunstancias sorpresivas generadas en transferencia hacen visible la eficacia del inconsciente manifestando los conflictos entre la sexualidad y el yo, aludiendo de esta forma al objeto de toda práctica que se pretenda psicoanalítica (Besson, 2018).

Para nosotros la transferencia es leída en el AT al igual que en el análisis, como una oportunidad fundamental para resignificar y alterar desde una escena actual, es decir, aquí y ahora, el estado estructurado de los padecimientos. Únicamente será posible hablar de lo terapéutico como objetivo y logro desde el marco de una nueva relación dispuesta a modificar lo repetido vivenciado hasta el momento como inmodificable. (Besson, 2018, p. 167)

Es decir que según la autora no es sin la transferencia que podría cambiar algo de lo repetido por el paciente en relación a sus padecimientos, apostando de esta manera a que algo distinto suceda a partir de la generación de una nueva relación con el at. Besson (2018) al hablar de la transferencia destaca la dimensión temporal como un elemento central en los procesos clínicos, y menciona la necesidad de un tiempo para la construcción de un lazo transferencial. Según su perspectiva, “el at propone un tiempo de espera activa, por ejemplo, compartiendo un silencio sin callarlo con palabras innecesarias” (p 123).

La transferencia como vínculo entre at y acompañado que permite crear un espacio transicional y temporal capaz de generar transformaciones en la vida del sujeto

Kuras de Mauer y Resnizky (2020) parten del psicoanálisis para fundamentar la práctica del AT pero también se sirven de otras teorías y conceptos como la noción de vínculo desarrollada por el psicoanalista Pichón Rivière para hablar de la relación entre el at y el acompañado. En el libro *Acompañantes terapéuticos* cuya primera edición se establece en el 2003 y la última en 2020, sostienen que la relación entre at y acompañado es una interacción en la cual se entabla un *vínculo, un espacio transicional* en el cual discurre el AT y en donde se crea *un espacio temporal* entre lo que hubo en un pasado y lo porvenir, lo cual implica la apuesta a un futuro posible. En el libro *El Acompañamiento como dispositivo* (2011) parten de tomar el eje de los lazos fraternos como aquellos capaces de instaurar una legalidad horizontal propicia para el trabajo de AT. “Los vínculos imponen al psiquismo una exigencia de trabajo, ponen en juego la tensión entre la repetición y la búsqueda de lo nuevo” (p. 20). Teniendo en cuenta que el trabajo del at no es un trabajo en soledad sino que requiere de otros para poder llevar adelante el AT, consideran fundamental la noción de vínculo no solo para mencionar la relación del at con el paciente sino para destacar la

importancia de lo vincular entre los miembros del equipo, así como también los vínculos con la familia del acompañado y su contexto (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011). Las autoras plantean que por lo general en el AT se suelen producir modalidades transferenciales fusionales o de tipo persecutorias y establecen que mientras que en el dispositivo analítico suelen reeditarse vínculos parento filiales, en el AT se escenifican con mayor frecuencia,

lazos fraternos (Kuras de Mauer y Resnizky, 2020).

Lugar del at en el lazo transferencial

Semejanza, semblante de semejante diferente al prójimo

Según se ha podido averiguar, el lugar que los autores seleccionados plantean para el at en el lazo transferencial con el paciente es diferente a la posición verticalista, asimétrica que ocupa el analista en un psicoanálisis o un psicólogo en una terapia. En cambio, para el at se designa un lugar de cierta horizontalidad en la relación con el acompañado más no por esto se trataría de una relación de igualdad; al contrario, una relación de ese estilo sería perjudicial para el tratamiento. Plantean una relación de semejanza, pero no de igualdad o amistad.

Rossi (2010) fundamenta la importancia del AT poniendo de manifiesto que en la gran mayoría de las culturas, la presencia cercana de un otro adquiere mucho valor sobre todo ante situaciones de indefensión como por ejemplo cuando se presentan situaciones adversas como podrían ser las catástrofes, enfermedades o muertes. También destaca los cambios que se han producido en nuestra sociedad actual donde reina el individualismo, el aislamiento, el anonimato, generado un gran debilitamiento en los lazos sociales. En este sentido se ubica al at en el lugar de semejante, de aquel que va a ofrecer su presencia en momentos difíciles. “En la mayoría de los casos no es solo estar allí, sino que el at también se inscribe en un universo simbólico que implica prestar la escucha y estar dispuesto al diálogo” (Rossi, 2010, p. 108). El autor está planteando que el at no es cualquiera, que, una vez instalado el lazo transferencial, el at comienza a formar parte de la economía libidinal del paciente; y menciona que es una economía libidinal que ha sido alterada por exceso o por defecto. Concibe al lugar del at como un lugar diferenciado del terapeuta y en donde pueda prestarse como *semblante de un semejante* ya que suele favorecer el trabajo, aunque no para todos los casos. “Prestarse a una relación de semejanza, como condición inicial, va a sentar una base para ir estableciendo un vínculo. La calidad de ser semejante es algo que liga al sujeto humano” (Rossi, 2010, p.110). Establece que una relación de semejanza, más o menos simétrica, amistosa no es lo mismo que hablar de amistad. El at no puede ser un amigo si quiere evitar que su trabajo se vea obstaculizado por esa relación de simetría.

En relación a la presencia del at, Rossi establece una diferenciación entre el semejante y el prójimo puesto que ambas dimensiones pueden presentarse en situaciones de un AT. “El semejante es aquel cuya imagen guarda cierta simetría donde aparece un plano de cierta „igualdad” tanto como de una cierta „identidad”, un plano donde se establecen puntos de comparación como suele darse en una amistad” (Rossi, 2010, p. 111). En cuanto al prójimo, retomando los planteos del psicoanalista Juan Ritvo, se considera que el prójimo no es una entidad psicológica ni un alter ego, sino que esa cercanía y vecindad podría resultar del orden de lo traumático. La relación con un prójimo no sería una vinculo simétrico sino asimétrico o antisimétrico, ya que la relación originaria no sería de un yo a un tu sino de un yo a un Otro. Es por esto que demasiada proximidad sería problemática y se hace necesario regular la distancia íntima puesto que ese Otro podría aplastar al sujeto y este quedar como objeto de ese Otro.

Rossi (2010) acude a Lacan en el Seminario de la Psicosis para explicar la manera en la que se prepara la técnica de la transferencia y dirá que el pasaje que va desde la entrevista cara a cara al diván es una forma de evitar la relación de yo a yo y el espejismo imaginario que podría darse con el analista. Es decir que en el dispositivo analítico todo

estaría armado para evitar esa relación imaginaria. En cambio, en el AT algo de la proximidad y de la implicancia cara a cara debe sostenerse y es por eso que el at deberá ir regulando la proximidad en cada caso.

Pulice (2016) menciona que el at a menudo es llevado hacia un modo de vínculo amistoso, es por lo general el acompañado quien suele ubicarlo en ese lugar ya sea por la cantidad de horas que pasan juntos, por las actividades y situaciones que comparten en lo cotidiano, es muy común que se produzcan en el paciente tales sentimientos de amistad. “Una de las claves de su eficacia consiste en que el at puede ofrecerse prevalentemente como semejante, a diferencia de la disparidad esencial a la función del analista” (Pulice, 2016, p.157). Explica que este lugar de semejante sería eficaz para sus intervenciones porque lograría ganarse la confianza con el paciente que suele ser necesaria para que éste pueda generar alguna modificación y reordenar sus relaciones con el mundo, De esta manera se plantea que si el at se alejara demasiado de ese lugar de semejanza, podría llevar a que se disloque el vínculo, entorpeciendo de este modo la continuidad del trabajo clínico y donde el at podría convertirse en un objeto persecutorio para el paciente. En la práctica suele verse que el acompañado busca cierta relación de semejanza, es decir “algún espejo que le permita verse al menos, un poquito mejor” (Pulice, 2016, p. 158). Lo importante aquí es desde donde responde el at a esos requerimientos. La posición de semejante para establecer el vínculo con el acompañado es un modo de evitar que éste quede en un lugar de objeto, pero también es una apuesta al sostenimiento de un sujeto deseante. También plantea que at podría oscilar entre dejarse ubicar en un plano amistoso aunque no siempre suceda que el paciente lo ubique en ese lugar pero por otro lado es fundamental que el at conozca sus límites ya que su posición debería estar enmarcada en una estrategia siendo el encuadre el marco regulador del dispositivo (Pulice, 2016).

Situación de paridad (posición de paridad)

López Ocariz (2018) plantea que muchos de los autores que han dado definiciones sobre el AT intentando asir su esencia, han partido desde las funciones o roles que el at podría llegar a cumplir en un AT, pero considera que hacer eso llevaría a realizar una clasificación que podría ser infinita y que no tendría sentido enumerar. Es por eso que propone pensar la clínica del AT partiendo desde otra perspectiva. Piensa que para captar la especificidad de su clínica es necesario entre otras cuestiones, establecer la posición específica del at en el lazo. De esta manera, la autora acude a la categoría de posición puesto que le permite dar un sentido de orientación y ubicar al at en relación con ciertas coordenadas. Las mismas giran en torno al lazo; una de las coordenadas estaría asociada a como el at se ofrece al lazo y la otra, como el at es tomado por el paciente en la escena transferencial. Establece que el acompañante debe tener cierta disponibilidad libidinal y propone la posición de paridad como el modo más propicio para que el at se ofrezca al lazo respetando la regla de la abstinencia y desde allí acompañar. Más precisamente le llama *situación de paridad*, para demostrar que la paridad será diferente en cada caso siendo necesaria una lectura singular de la situación y del momento en la que se encuentra cada uno de ellos. Pero ¿qué sería ubicarse como un par o en situación de paridad? La autora considera que no basta con que el at se ofrezca al lazo como un semejante o un par; piensa que para que esto pueda suceder es necesario que el at haga una lectura previa de qué sería ser un par de ese otro al cual acompañará. Es decir, que la situación de paridad no

puede ser previa al lazo, sino que se da como producto de este, tampoco es universal, ni puede generalizarse para todos los AT, solo puede darse atendiendo a la singularidad de cada caso y al momento situacional en el que se encuentra ese sujeto en el presente. Acude

a Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* para cernir un modo de identificación que considera propicio para generar la situación de paridad. Es un tipo de identificación que puede establecerse a partir del encontrar alguna similitud o elementos en común en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales; y es un modo de identificación que puede sostenerse a partir de estos puntos de coincidencia. Se podría decir que a partir de elementos comunes o aspectos compartidos entre at y acompañado podrá generarse una situación de paridad. “Sostener la paridad en puntos de identificación permite ofrecer una presencia cuya especularidad no sea mortífera o alienante” (López Ocariz, 2018, p. 120). Pero además señala que hay un desnivel en la clínica puesto que una cosa es cómo se ofrece el at al lazo, es decir, en situación de paridad y otra es cómo el at es tomado en transferencia por el acompañado. Es allí que habría un desnivel y es por eso que ubica que para realizar una lectura de la posición del at en el lazo es necesario tener en cuenta ambas coordenadas. Este desnivel es el fundamento clínico por el cual la autora plantea que existe una tensión al interior de la posición del at en la clínica. Es así que establece que “la especificidad de la posición del at en la clínica puede pensarse en términos de tensión irreductible entre la lectura transferencial de su posición en abstinencia y la particularidad del lazo que propone en términos de paridad” (López Ocariz, 2018, p. 66).

Muchas veces suele suceder que en aquellos puntos de identificación desde donde se sostiene el lazo, López Ocariz (2018) plantea que puede haber factores inconscientes que pueden ganar cierta relevancia y obstaculizar el tratamiento; por eso es tan importante el análisis personal del at, el trabajo en equipo y las instancias de retrabajo. Porque si bien la clínica del at se sostiene transferencialmente al igual que el analista en un psicoanálisis, su posición en el lazo es diversa, por lo tanto, su trabajo con la transferencia será desde otro lugar, es decir desde un lugar de paridad y lo que éste haga con la misma también será diferente. El at necesita saber qué lugar ocupa en el lazo, para ello deberá hacer una lectura de la transferencia, pero no para interpretar ni develarle al paciente lo transferencial sino a modo de información para luego realizar sus intervenciones en función de ésta.

Tanto para el analista como para el at, el trabajo clínico y sus dificultades se desplegarán en el marco del lazo transferencial y sus intervenciones estarán orientadas por una posición abstinentemente solo que el at deberá lidiar con esto desde una situación de paridad, lo que hace a la particularidad de su clínica y a sus dificultades. (López Ocariz, 2018, p. 80)

Como se observa, la autora además de distinguir una diferencia de posiciones entre analista y at en la transferencia destaca una diferenciación respecto a la presencia de cada uno de ellos. Establece que en ambos se requiere de cierta disponibilidad libidinal para ejercer el trabajo. En el caso del analista plantea que el mismo tendría una posición expectante y receptiva por lo que el sujeto pudiera manifestar; se trataría de una disponibilidad al servicio del trabajo psíquico mientras que la presencia de los acompañantes ésta enmarcada en una disponibilidad al servicio de ofrecerse al lazo desde una posición de paridad; lo cual implica una presencia cercana y significativa; orientada por una lectura clínica de cómo propiciar una situación de paridad para ese sujeto (López Ocariz, 2018).

Horizontalidad

interpelación tanto del acompañado como del at.

El modo de relación transferencial específico del at, se basa en la apuesta por la máxima paridad posible entre quienes la componen, la escena del at tiende a fomentar un modo de relación en el cual el diálogo, que personalmente siempre he buscado que sea lo más horizontal posible, posibilita la interpelación mutua entre at y acompañado. (Besson, 2018, p. 74)

Vínculo fraterno propicio para entretejer lazo social y producir modos de subjetivación suplementarios.

Kuras de Mauer y Resnisky (2020) plantean que el at en el marco de una estrategia clínica vendría a ocupar el sitio de alguien y de algo que faltó en la vida del paciente; se refieren a la familia y a la sociedad. Si bien el at ocuparía un lugar *vacante y carenciado*, no es su función aportar lo que en su momento no le fue otorgado. “Lo perdido es irrecuperable. Pero lo que no puede ser recuperado puede en cambio, ser suplido. Donde no hay reposición puede haber recomposición” (p. 10).

En el año 2011 las autoras mencionan que los cambios producidos en esta época como el debilitamiento de las instituciones, de las funciones parentales, así como también la precariedad e inestabilidad de las redes de contención social, todo esto ha ido produciendo cambios a nivel de la subjetividad. Frente a este contexto plantean como alternativa, la importancia de los vínculos fraternos por ser propicios para entretejer lazo social. Desde su punto de vista, los vínculos de paridad implican intercambios horizontales que producen modos de subjetivación suplementarios. Rescatan la dimensión instituyente de la paridad lo cual implica la idea de una subjetividad en constante productividad quedando abierta la posibilidad del azar y del acontecimiento. La concepción de un psiquismo abierto que no está determinado de una vez y para siempre, sino que es pasible de ir transformándose en el transcurrir de la vida a partir de encuentros significativos con un otro, implica pensar en la producción de subjetividad en una dinámica vincular. Es en este contexto y a partir de estos argumentos respecto a la vincularidad que las autoras ubican al at en un lugar de paridad o fraternal de ese otro al que se acompaña pudiendo en ese „*entre*’ construir algo diferente, generar algo nuevo, producir nuevas marcas y en donde ambos se transforman a raíz de ese vínculo (Kuras de Mauer y Resnisky, 2011).

Problemáticas en torno a la transferencia en el AT

Algunas de las problemáticas respecto a la transferencia que pudieron localizarse en los autores parecieran derivar de la posición del at en la práctica teniendo en cuenta que todos ellos lo ubican en una relación de cierta horizontalidad ya sea que se lo nombre como semejante, pequeño otro, situación de paridad o vínculo fraterno señalando las dificultades y la probabilidad de que se presenten fenómenos especulares en el caso de que el at quede entrampado en una relación muy simétrica, de yo a yo, como de igual a igual.

Problemáticas derivadas del narcisismo

Rossi (2010) menciona algunas problemáticas que se podrían pensar como producto de la posición del at como semejante. Si bien se plantea que el lugar más pertinente para el

acompañante es el de semejante, de todos modos, este lugar podría traer algunas dificultades en la transferencia. Por un lado, plantea que desde la posición de semejante se pueden sentar las bases para generar vínculos con los acompañados; incluso en los casos de psicosis, permitiría un trabajo posible pero por otro lado, quedar en una relación demasiado simétrica, en una relación de semejante a semejante, de yo a yo; podría producir fenómenos especulares como la rivalidad, la competencia, el odio; sentimientos poco propicios para la continuidad y el avance del tratamiento.

La problemática de la semejanza está ligada al narcisismo. (...) ese de las pequeñas diferencias que pueden llevar a un callejón sin salida cuando no está en juego la instancia de un lugar tercero, la instancia de lo simbólico. Esto se presenta en situaciones de AT donde el at queda ubicado por el paciente en lugar simétrico, como el de un amigo, generándose dificultades para pautar alguna actividad, poner algún límite. La referencia a un tercero como el coordinador del AT, el terapeuta, para pacificar y ratificar el encuadre, intentando que la situación dual imaginaria no aumente. Aunque para el paciente el at parece un amigo, no lo es. (Rossi, 2010, p. 112)

La otra dificultad que también podría derivar de la posición del at como semejante es el trabajo que deberá hacer el at regulando la distancia y la cercanía que mantiene en el lazo con el paciente. El autor establece que demasiada proximidad puede ser contraproducente; por eso es necesario ir regulando esa distancia íntima en el vínculo de manera que permita alguna semejanza en cada AT pero evitando quedar atrapado en un espejismo imaginario. “Ni demasiado lejos como para perder toda posibilidad de vínculo, ni tan cerca, porque también se trata de que esa figura no resulte asfixiante, que ese próximo no se torne perseguidor, en cuanto a su mirada, palabra, hasta su presencia” (Rossi, 2010, p. 113).

El autor también advierte que una posición directiva requiere de cierta cautela puesto que el semejante puede quedar en una postura demasiado intrusiva, hasta siniestra, y el sujeto puede quedar a merced de ese Otro en el que podría convertirse el at cuando se pierde la distancia necesaria para cada caso. Menciona que una forma de salir del atolladero imaginario en el que puede quedar atrapado el at, es mostrándose con algún punto de falla y de vacilación en su subjetividad, haciendo semblante de algún no saber o remitiéndose a un tercero, por ejemplo el equipo o la institución (Rossi, 2010).

El problema de la amistad

Pulice (2016) plantea el problema de la amistad en torno a la transferencia en el AT, que está en relación a la posición del at como semejante y al lugar (de amigo) al que suele convocarlo muchas veces el acompañado. En *Fundamentos clínicos de AT* (2016) el autor dedica un capítulo a la cuestión de la problemática de la amistad; un tema recurrente en los avatares de la transferencia en el campo del AT.

Uno de los rasgos más frecuentes con los cuales suele configurarse la función del at. No deja de estar íntimamente conectado con la problemática de la transferencia o más específicamente con la compleja posición del acompañante en el despliegue transferencial del sujeto en tratamiento. (Pulice, 2016, p. 149)

Los acompañados suelen ubicar al at en un lugar de amigo; aunque esto no se da siempre, suele ser algo muy usual. Desde los comienzos de la práctica del AT, el acompañante fue relacionado con la figura del amigo, *amigo calificado* como lo denominó el

a esta asociación con lo amistoso; se realizó una modificación para sacar del centro de la escena a la amistad y ubicar como principal característica, el término terapéutico, acuñándose de esta forma el término „acompañante terapéutico”. Si bien Pulice plantea que en un principio la amistad puede facilitar la construcción del vínculo, luego puede llegar a distorsionar al proceso terapéutico; incluso llegar a interrumpirlo. Al igual que rechazar el componente amistoso podría conducir al mismo destino (Pulice, 2016).

En su trabajo clínico el at se ve llevado con suma frecuencia, a una modalidad de vínculo que se plantea en un plano de amistad...incluso podemos decir que suele ser el paciente mismo, casi sin ambigüedades, quien a menudo tiende a ubicar al acompañante en este lugar. (Pulice, 2016, p. 156)

En relación a la amistad o al vínculo amistoso entre at y acompañado, existen aspectos que pueden obstaculizar una intervención eficaz pero también hay otros que podrían favorecer el trabajo, es por eso que es preciso distinguirlos. Uno de los aspectos favorables tiene que ver con que el at se ubicaría en un lugar distinto al terapeuta y que puede ofrecerse como un semejante a diferencia de la relación dispar que el paciente tiene con su analista. Esto resulta clave ya que esa cercanía implica que el paciente pueda depositar su confianza y éste es un paso decisivo para que el acompañado pueda realizar algún movimiento que reordene su relación con el mundo. Otro de los aspectos favorables de una relación con características amistosas es el efecto *bálsamo* que puede generar un semejante que esté presente, disponible al diálogo y a la escucha del paciente en momento de malestar o de crisis. “Comprobamos como ésta sola presencia genera una substancial sensación de alivio, permitiendo que ese malestar que acosa al paciente en tales momentos pueda tener, por vía de la palabra, alguna tramitación” (Pulice, 2016, p.160). Pero también hay aspectos de la amistad que pueden ser obstáculos para un AT, es decir que aquellos profesionales que respondan desde el lugar de amigo o parafraseando a Lacan respondan a la amistad con amistad, las consecuencias de ese accionar serán la disolución de ciertos límites indispensables para poder ejercer su función de manera eficaz. Pulice plantea que la amistad puede obstaculizar el proceso terapéutico, ya que si el acompañado es un igual al at, porque en ello radica la amistad; y si ninguno es más que otro; ¿por qué el acompañado debería seguir sus recomendaciones, sus pautas, sus reglas? Los límites deben estar claros y si estos se desdibujan puede generarse una relación de rivalidad difícil de desmontar y alejaría al at de su función, complicando su accionar en el proceso terapéutico y neutralizando su eficacia clínica. “El borramiento de la diferencia de toda asimetría entre el acompañante y el sujeto, suele generar el terreno propicio para que ese vínculo desemboque en una relación de rivalidad luego difícilmente manejable” (Pulice, 2016, p. 161)

Cuando se genera alguna confusión de esta naturaleza y en nombre de esa amistad, ante alguna demanda de la paciente destinada a hacer de cómplice en alianzas contrarias al trabajo terapéutico, el at se ve envuelto en alguna transgresión al encuadre- quedándose más tiempo del pautado sin que haya un motivo que lo justifique o prestándole dinero, etc., las consecuencias suelen ser nefastas. (2016, p. 160- 161)

Más allá de los movimientos que puedan ponerse en práctica a la hora de acompañar, teniendo en cuenta los obstáculos o lo favorecedor del vínculo amistoso, se debería evitar que el at quede como modelo de salud mental al cual el paciente debiera imitar e identificarse para alcanzar la curación puesto que esto implicaría obstaculizar la posibilidad de la emergencia del sujeto y del pronunciamiento de una palabra propia que tuviera que ver con su verdad.

Asumir una posición solidaria de un saber acerca del cual sería el modelo de salud mental a alcanzar por todo paciente, no solo ubicaría al at inadecuadamente del lado del sabio o de Dios sino, que dejaría poco para la palabra del sujeto, propiciando el acallamiento de esa verdad subjetiva que está en la base de su padecimiento psíquico (Pulice, 2016, p. 162)

Los problemas de todo vínculo transferencial

López Ocariz (2018) considera que la problemática de la transferencia en el campo del AT no tiene que ver con la posición de paridad en la que se ofrece el at para acompañar como los demás autores lo han expresado; la problemática de la amistad, la posibilidad de quedar atrapado en una relación dual de yo a yo o semejante a semejante y los fenómenos especulares que estos podrían producirse no derivarían de la posición de paridad según su punto de vista. Ella plantea que la problemática de la transferencia en el campo del AT, es la que puede ocurrir en toda relación transferencial; es decir, tendrá que ver con lo que el paciente reedite sobre el at; teniendo en cuenta lo arcaico y lo mortífero que puede llegar a resultar en muchas ocasiones. De todos modos, los fenómenos que se produzcan en transferencia serán material para su lectura transferencial.

Los obstáculos en el trabajo clínico con el at, no son efecto inherente a la paridad. Es necesario leer en el trabajo las vicisitudes de la transferencia, por lo tanto, los fenómenos de especularidad o de tensión agresiva serán ocasión de lectura transferencial, es decir, de lo que el sujeto actualiza o pone a trabajar transferencialmente con el at y no como efecto lineal de la paridad en el lazo. (López Ocariz, 2018, p 100).

La diferencia con un psicoanálisis estará en que el at lidiará con la transferencia, pero desde un lugar de paridad. Es decir, lo que difiere con el analista es desde donde responderá el at en la transferencia y qué hará éste con lo que le es transferido. Otra cuestión que plantea y que tendría sus dificultades, es el desnivel que se mencionó anteriormente que se produce entre el modo en que se ofrece el at y como es tomado en el lazo por el acompañado en la otra escena, la escena transferencial. Las coordenadas y el desnivel que se produce entre ambas permitirán leer la posición del at en el lazo pero también visibilizar las dificultades en la transferencia.

Dificultades en la aplicación de la abstinencia en el vínculo transferencial

Besson (2018) considera que existen dificultades a la hora de aplicar la regla de la abstinencia en el AT. Es un concepto que ha sido mal interpretado por muchos profesionales de la clínica psicoanalítica y por lo tanto, es un error de interpretación que ha llegado también al campo del AT. Hay una frase lacaniana que suele repetirse en la Facultad de Psicología y en otros ámbitos de formación como es la frase de no responder a la demanda del paciente. Se han realizado lecturas erróneas respecto a esta frase que han llevado a algunos profesionales a no responder ni siquiera a los pedidos de los pacientes por cambios de horarios. Se ha observado que, en el AT, el at no escapa de cometer este tipo de errores respecto a la regla de la abstinencia. En supervisiones con ats, se ha escuchado algo que se repite entre las inquietudes de los ats, acerca de si deben dejar de lado la abstinencia para responder a las preguntas del acompañado cuando éste les interroga por su vida personal. Si bien hay ideas claras respecto a la abstinencia, como la de abstenerse de querer dirigir la

paciente; también se puede establecer que no es posible contar con criterios universales para la aplicación de la regla de abstinencia para todos los casos, es decir que sería preciso hacer una lectura singular de cada uno de ellos. Según su criterio, la posición abstinentista representa la tarea más difícil de la labor clínica; no se trataría de no responder a la demanda sino de poder fundamentar desde que perspectiva y para que se hace. Además, se pregunta en qué medida es posible abstenerse a las demandas de aquellas personas a las cuales se busca aliviar en su padecer psíquico.

El problema de aplicar de manera inadecuada la regla de la abstinencia es que el at puede terminar sosteniendo posiciones arbitrarias, ubicándose por sobre el paciente en nombre de la abstinencia cuando ubicarse en esa posición alejaría al at de la relación horizontal y de paridad que se requiere para establecer un vínculo de confianza. No podría pensarse la abstinencia al igual que en psicoanálisis porque es necesario tener en cuenta que el at trabaja sobre la cotidianeidad del paciente; no es posible suspender todas las demandas cotidianas. Esas demandas serán material del trabajo para el at en el AT; tampoco se trata de responder inmediatamente a todo lo que el paciente demanda, pero si hay que hacer una lectura de la abstinencia y cuando se responde a la demanda tener una fundamentación de porque se hace y para qué (Besson, 2018).

Según la autora, la paridad que se propone para la relación entre at y acompañado problematiza, interroga a las relaciones transferenciales sostenidas en una mayor asimetría como ocurre en la clínica psicoanalítica. Se puede pensar a esa asimetría como el poder que la transferencia le otorga al terapeuta, aunque no siempre sea entendido como resultado de su responsabilidad de garantizar el desarrollo ético de un tratamiento. Se advierte que este poder- responsabilidad suele confundirse con la inferioridad del paciente olvidando la importancia de su protagonismo ya que, sin éste, cualquier acción del terapeuta sería ineficaz. Se considera que en la práctica existen interpretaciones sobre la asimetría que terminan justificando modos arbitrarios y autoritarios, es por eso que Besson (2018) vuelve a considerar el planteo freudiano que apunta a establecer una posición ética diferenciada de cualquier abuso de poder por parte del terapeuta. El at también debe estar advertido de no caer en estas situaciones ya que se puede ver expresado en la recaída narcisista basada en la creencia de supuesta superioridad por parte del at. Recaída observable en los efectos de una actitud defensiva cuando se encuentra sin recursos frente a las interpelaciones del acompañado que lo ubica como a un par. Es decir, que una actitud defensiva podría hacer que el at se escude en un supuesto tecnicismo que lo colocaría por encima del acompañado confundiendo de esta forma la distancia suficiente que propone la abstinencia con la asimetría pensada como relación de superioridad inferioridad.

Confusión de roles, contratransferencia y la escasa disponibilidad libidinal del at

A partir de ese vínculo entre at y acompañado, Kuras de Mauer y Resnisky (2020) distinguen *aperturas, desarrollos y desenlaces* en un AT donde mencionan dificultades y situaciones recurrentes en cada etapa. Al inicio, las actitudes del acompañado podrían ser de desconfianza en la cual se pondrían de manifiesto ansiedades persecutorias las cuales podrían obstaculizar la colaboración del paciente para su propio tratamiento o bien de transferencia masiva, abrupta y prematura, al estilo de una simbiosis lo cual indicaría que se produjo una idealización de la persona del at. En un segundo momento, en el cual se ha aceptado el vínculo con el at, éste podría desplegar sus maniobras terapéuticas para llevar adelante la estrategia consensuada del equipo. Ya en un tercer momento en el cual se ha consolidado más el vínculo, ambos, acompañante y acompañado comparten algo más que un contrato de trabajo; la frecuencia en la interacción y la convivencia pueden llevar a la

confusión de los roles; aunque es imprescindible que el at asuma su tarea con cierto profesionalismo. Es aquí, en este punto donde se puede captar la problemática, esto es en la confusión de lugares que suelen ocurrir por la cercanía del vínculo construido entre ambos. También mencionan la contratransferencia que suelen experimentar los ats en aquellos momentos en los cuales el paciente que parecía ir mejorando, de repente empieza con retrocesos, actings, descompensaciones, destacando la importancia de la supervisión periódica del trabajo del at para que éste pueda tomar distancia y resguardarse de una sobreidentificación con el acompañado. Destacan que es fundamental que el at tenga cierta disponibilidad libidinal para realizar el AT puesto que, de no ser así, podría producirse el fracaso del vínculo terapéutico y una frustración para el acompañado. Es por eso que destacan el valor de las entrevistas de admisión ya que se pretende evitar que el acompañado experimente nuevamente la frustración de un vínculo y, por otro lado, proteger al at de realizar un AT que lo pudiera perjudicar.

En este trabajo se han podido realizar las siguientes conclusiones que lejos de cerrar ideas invitan a pensar en otras reflexiones posibles en relación con esta temática. La problemática para la investigación surge del interrogante acerca de si era posible hablar de transferencia en AT y si había cierta especificidad de la misma que la diferenciara de un psicoanálisis. Se recurrió a la lectura freudiana donde Freud transmite que la transferencia no es un fenómeno que ocurra solo en el ámbito analítico sino que puede darse en cualquier ámbito de la vida cotidiana, en las relaciones o vínculos humanos más significativos por lo tanto se podría decir que es pertinente llamar lazo transferencial o transferencia a la relación que puede entablarse entre acompañante y acompañado teniendo en cuenta que el at empieza a tener una presencia importante en la vida del sujeto pasando a formar parte de su economía libidinal. Existe una polifonía de discursos que forman parte del campo del AT y se ha encontrado que el psicoanálisis es uno de éstos, el cual aporta un marco teórico conceptual y herramientas de lectura fundamentales para el abordaje y fundamento de esta práctica. Si bien el AT tiene una gran influencia del Psicoanálisis, ambas son prácticas diversas y cada cual tiene su particularidad al interior del vínculo transferencial.

La pregunta por la especificidad de la transferencia en el AT es un modo de interrogar por la particularidad del lazo entre at y acompañado e intentar profundizar lo que sucede al interior de esa interacción. El lugar del at en el lazo, el modo de trabajar con el mismo, las problemáticas que surgen y lo que el at hace con lo que le es transferido son las particularidades que se han encontrado en esta práctica. Tanto analista como at trabajan con lo transferencial, con lo que el sujeto reedita en ellos y utilizan la regla de la abstinencia para sus intervenciones, pero el at a diferencia del analista lidiará con la transferencia desde una situación de paridad. El despliegue de la transferencia puede revelar la función que le ha otorgado el acompañado en la escena transferencial pero no le corresponde al at interpretar lo inconsciente reprimido ni develarle al paciente lo averiguado en transferencia, sino que le sirve como material de lectura para pensar las intervenciones y estrategias junto al equipo.

Respecto al modo de concebir lo transferencial en el AT se encontraron las siguientes consideraciones. La transferencia como herramienta clínica fundamental en la práctica del AT capaz de dilucidar la función del at y por la cual éste adquiere un papel en la escena transferencial en la cual tiene la posibilidad de intervenir interrumpiendo el circuito repetitivo que lleva al paciente siempre a la mismas escenas de goce y sufrimiento. La transferencia como motor y posibilitadora de transformaciones en las formas de amar y de estar en el mundo; como sostén de la clínica que se despliega en el escenario de la vida cotidiana; como una interacción en la cual se entabla un *vínculo, un espacio transicional* donde discurre el AT y en el cual a partir de ese *entre* se construye algo diferente, se producen nuevas marcas en donde at y acompañado se transforman a raíz de ese vínculo.

En relación al trabajo con la transferencia, teniendo en cuenta que no es una práctica que se realice en soledad, es necesario considerar aspectos múltiples de la misma, es decir, que debe pensarse lo transferencial no solo en relación al paciente o lo que sucede con otros ats que trabajen en un mismo caso sino también poder pensar los lazos al interior del equipo entre los integrantes del mismo, así como también los lazos con la familia y el entorno del paciente donde la abstinencia es un elemento clave para el sostenimiento ético de dichos lazos.

En cuanto al lugar del at en el lazo transferencial se podría decir que los autores coinciden en que la relación entre at y acompañado debe ser una relación de cierta horizontalidad, lo ubican en posición de semejante, pequeño otro, vínculo fraternal o en situación de paridad con quien el acompañado puede establecer un lazo afectivo y amistoso pero que no es amistad. De esta manera se hace visible la diferencia con el lugar del analista

no implica una relación de igualdad; puesto que quedar en una relación demasiado simétrica, podría interferir en las maniobras del at en su trabajo. Los vínculos fraternales o de paridad también pueden propiciar modos de subjetivación suplementarios capaces de lograr transformaciones en la vida de los sujetos a partir de encuentros significativos con otros pares. Pareciera ser que el lugar más propicio desde donde acompañar es desde cierta horizontalidad, aunque esto no es suficiente para leer su lugar en el vínculo. No basta con que el at se ubique como un semejante o un par del acompañado para establecer cuál es su lugar; puesto que muchas veces no es allí donde el paciente lo ubica transferencialmente. Se ha encontrado que existe cierto desnivel en la clínica que se produce entre como el at se ofrece al lazo, esto es en situación de paridad y cómo es tomado el at por el sujeto en ese lazo transferencial. Es allí donde puede ubicárselo, es decir que la posición del at se sostendría en una tensión entre ambas coordenadas; entre el modo en que se ofrece y la ubicación que le da el sujeto en transferencia. El at deberá sostener esa tensión entre ofrecerse con disponibilidad libidinal para armar una situación de paridad y lidiar con el modo en que es tomado por el sujeto en el lazo teniendo en cuenta que la transferencia tiene múltiples modos de actualizarse. Además, establece que una situación de paridad no es universal, no sirve para todos los casos, sino que consiste en construirla a partir de encontrar puntos de identificación con cada acompañado; por lo tanto, la situación de paridad no podría ser a priori del lazo sino consecuencia del mismo.

Las problemáticas respecto a la transferencia parecieran derivar de la posición de cierta horizontalidad del at en la práctica pudiendo quedar entrampado en una relación dual, imaginaria y los fenómenos especulares que podrían producirse obstaculizando la relación y por lo tanto también la continuidad del acompañamiento. El problema de la amistad es un tema recurrente en el AT que podría pensarse como un retorno del significante *amigo calificado*, que fue la primera forma de nombrar a lo que más tarde se llamó at. Ese lugar de amigo en el cual suele ser ubicado el at por el acompañado, aunque no ocurra siempre suele complicar las maniobras del at por ejemplo al momento de tener que establecer algún límite. De todas formas, las problemáticas que pueden surgir son propias de toda transferencia y tiene que ver con lo que el sujeto reedita en la persona del at. Otra dificultad surge en relación a la aplicación de la regla de abstinencia la cual no significa no responder nunca a las demandas sino poder fundamentar cada vez que se responde y desde dónde. Podría ocurrir que el at por una cuestión defensiva, en nombre de la abstinencia terminara adoptando una posición asimétrica lo cual lo alejaría de la paridad propicia para realizar el AT quedando en una posición de poder y dejando al acompañado en posición de inferioridad. La alta probabilidad de confusión de roles teniendo en cuenta lo difícil que puede resultarle al at mantener un equilibrio entre no quedar demasiado cercano ni tampoco tan distante y que cada cual conserve su lugar en el lazo; la contratransferencia y la escasa disponibilidad libidinal del at que muchas veces puede llevar a la culminación del vínculo terapéutico produciendo frustración en el acompañado, pero también en el at.

Para finalizar se considera necesario destacar la abstinencia y la disponibilidad libidinal del at como aspectos fundamentales que posibilitan el establecimiento de la transferencia en un AT y cuya especificidad se encuentra en relación a la posición en tensión del at en el lazo transferencial y en el modo de trabajar con el mismo.

Referencias bibliográficas

Freud, S. [1912] (2017) Sobre la dinámica de la transferencia. En Obras Completas, Volumen XII, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. [1915] (2017) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *En Obras completas, Volumen XII*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. [1014] (2027) Recordar, repetir, reelaborar. *En Obras Completas, Volumen XII*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. [1905] (2013) Epílogo en Fragmento de análisis de un caso de histeria. *En Obras completas*, volumen VII, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S [1895] (2012) Sobre la psicoterapia de la histeria. *En Obras completas, Volumen II*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Pulice, G.O (2016) *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva.

Pulice, G.O. (2021) *Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura*. Buenos Aires: Ed Letra Viva.

Pulice, G.O. (25 de febrero 2021). *Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura*. [Archivo de Vídeo].YouTube. <https://youtu.be/aFe6xtjutP0?si=mtRGTrt8e-St3y4p>

Rossi, G.P. (2010) *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires, Argentina: Pólemos.

López Ocariz, C. (2017). *Acompañamiento terapéutico. Las tensiones de su clínica y la especificidad de su posición*. Universidad Nacional de Rosario.

López Ocariz, C. (2018) Transformaciones en las prácticas: Derechos Humanos y acompañamiento terapéutico. Publicado en Revista La PlazAT N°5 <https://www.facebook.com/notes/la-plaza-at/sumario/485032501989644>.

Besson, M. (2018). *El Acompañamiento terapéutico como práctica situada*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Manuel Suarez.

Ley N°26657. *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial del 3 de diciembre de 2010. Ministerio de la Nación Argentina.

Roberts, M. (2021) *Acompañamiento terapéutico. Miradas en movimientos*. Rosario, Argentina: Laborde Editor.

Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2020) *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires, Argentina; Letra Viva.

Kuras de Mauer, S. Resnizky, S. (2011) El acompañamiento terapéutico como dispositivo. Buenos Aires, Argentina; Letra Viva.