

**“El AT y su lazo social: interpelaciones a la comunidad, lugares para el malestar singular”.<sup>1</sup> (I)**

**Gustavo Rossi**

Voy a comenzar comentando algo del título, extenso, que me salió a manera de esa escritura que parece automática pero no lo es... Es que las palabras, como en la poesía, *nos llevan* para varios lados, esto es así, se me permiten incluir acá algo del *juego*. Pero voy a decir que también tienen su *punto de partida* en algún lado, y por ese lado voy a introducir el recorrido. Como saben, sostengo que el At (Acompañante terapéutico)<sup>2</sup> puede formarse desde distintas Escuelas o doctrinas teórico-clínicas, además esto es un hecho incontestable a esta altura; hay multiplicidad de tecnicaturas, cursos, diplomados, etc., siendo por otra parte algo que se puede ver también en la formación del psicólogo, del psiquiatra, aunque todos se remitan a esa relativa *identidad* desde su formación.

En lo personal, hoy voy a tratar de pensar algo del lugar del At *a partir* de una lectura psicoanalítica (tratando de no caer en una jerga cerrada, en lo que en Argentina de estos años llamamos “lacanés”), para transmitir algunas cuestiones que sean pertinentes para el Acompañamiento Terapéutico, esa es la apuesta. Ahí ubico este punto de partida para dar cuenta de su lazo, de la práctica del At, en tanto un lugar para alojar el malestar singular, y hacer algo con esto.

Y desde ahí vamos a plantear esa interpelación hacia la comunidad en que vivimos, es decir, la formulación de propuestas, de inquietudes, pero también de preguntas respecto a las nuevas formas de malestar (alguna vez fueron viejas?) que nos aqueja en estas sociedades.

¿Qué decimos con Comunidad acá?: implica las disciplinas y prácticas de este campo que se suele llamar de la Salud/Salud Mental, así como aquellos con los cuales vivimos en sociedad, donde están las personas que acompañamos, los familiares, los grupos. Aquellos que consultan al psiquiatra, al psicoterapeuta y/o al analista. Los niños que no se integran a la escuela, los que están en las instituciones que atienden las discapacidades, la infancia que padece problemáticas psicopatológicas severas. Tomo ahora entonces dos vías principales.

1. Cuando hablo del AT *y su lazo social*, digo por un lado que el AT “hace” un tipo de lazo que no es cualquiera. Hacer es: fabricar, construir, y especialmente proponer un tipo de lazo social que se va inscribiendo como propio, en tanto se va produciendo sobre el mismo, sobre cual es su particularidad. Y va teniendo su eficacia, que a partir de dar cuenta de la misma logra en este tiempo su reconocimiento. Podemos decir, en principio: Construye *lazo social*. No siempre, claro.

Brevemente, para puntualizar un marco de referencia, cabe precisar que el lazo social desde el psicoanálisis puede pensarse en función de un Discurso, que organiza la subjetividad, que organiza la relación con otros y con los objetos. Que hace a la historia del sujeto.

Suele hablarse en el AT que es primordial “generar un vínculo”, lo cual ubico en términos de dar lugar a una *conversación*, a veces después de mucho tiempo de *presencia*, y de *escucha* “expectante”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el Congreso Internacional de AT, México, DF, Noviembre de 2013. En la Mesa Redonda “Propuestas del Acompañamiento Terapéutico hoy: Clínica y Política” Con J.M.Rodríguez, F. Azcarate; 16/11/2013. Con correcciones posteriores. Publicado en Revista Atravessar, Sao Paulo, Brasil, Nro 4, 2014 (I).

<sup>2</sup> At: Acompañante terapéutico. AT: Acompañamiento Terapéutico.

<sup>3</sup> Rossi, G., (2007) “AT: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores”, Polemos, Bs. As (3era edición 2013).

Ahora bien: ¿Es diferente a otros lazos? ¿Y qué consecuencias tiene que *construya lazo*? Primero, un efecto es que permite alcanzar un “saber”, da lugar a algún saber, que es singular. De ese que llamamos paciente, con un At, con un grupo de At, con un equipo con el cual se produce esto que llamamos practica “entre varios”, clínica entre varios. Es que hay una estrecha relación entre el saber y el lazo, diría, desde ese lazo se construye saber<sup>4</sup>. Venimos hablando hace años sobre la relación entre curar e investigar, en tanto construcción de un saber *en conjunto* con el paciente. Ese saber que se produce en una cura es terapéutico, en términos freudianos. Puede producir alivio, acotar ese malestar que excede al sujeto. Como contrapartida, y esto es introducir algo de una política, no se trata de ubicar al At en el lugar del que sabe, de quien tiene un poder-saber sobre lo que le pasa al paciente, de ser el Modelo, y desde ahí decirle qué hacer. Se trata de construcción, que no es sin lazo, sin ese *vinculo singular* que en el psicoanálisis llamamos transferencia, que tiene efectos terapéuticos. Lo hemos planteado como su *eficacia clínica*. Ya que es en ese lazo donde se producen efectos terapéuticos, algunos al menos tienen que ver directamente con esto. A la vez, tendremos que ver de qué transferencia se trata<sup>5</sup>...

Hablaba también de Política, y ahora incluimos el Lazo. En el AT pondremos el acento en la *singularidad subjetiva*, lo cual tiene relación con esa Comunidad del título, ya que en cierta lógica el AT “responde a la indiferenciación que nuestras sociedades promueven”<sup>6</sup>, como plantea Soler.

Una civilización donde se observa la extendida fragmentación de los grupos sociales, y al anonimato que esa fragmentación favorece. Una civilización donde también aparece fuertemente la cuestión de la “falta de sentido”, que quizá pueda relacionarse con la pretendida muerte de “las ideologías”, con las crisis cíclicas del capitalismo, entre otras cuestiones. Ahí nos posicionamos, tenemos algo para hacer con esto. Es que en este clima social ubicaría la práctica del At (no aislada, sino en equipo con otras prácticas, insisto) como sosteniendo algo de ese deseo no-anónimo, en eso que llamamos el vínculo singular que se establece, ese vínculo que artesanalmente se construye dando tiempo y transitando por espacios de la cotidianeidad. Espacios que no transita el terapeuta (por lo general, no al menos como sostén de su práctica, salvo que se llame AT). Como dice un reconocido analista, “la práctica del análisis se alimenta y a veces apoya en cierta agorafobia”. (...) Ironizando o no tanto, digamos que hay cierta agorafobia del analista: “es en efecto una profesión en la que no es indispensable salir de su casa”, de su consultorio<sup>7</sup>. El dispositivo de AT utiliza precisamente esos espacios del afuera, de la cotidianeidad, en beneficio de un proyecto terapéutico. Más bien podemos decir que el At es *claustrofóbico*. La “casa” de la que hablamos en el AT es la del paciente, así sea una institución... En el AT, ese saber se produce en una “escena artesanal” que también es “a construir” entre el acompañado y el acompañante.

---

<sup>4</sup> “El saber es un lazo”: Miller, J. en *El lugar y el lazo*, Paidós, Bs. As., 2013.

<sup>5</sup> Iríamos a una presentación muy extensa y no quiero excluir acá a quienes tienen su práctica por fuera del dispositivo psicoanalítico. Aunque puedan confluir en su ética, en su orientación, en su política, pero esa es otra problemática.

<sup>6</sup> Soler, C. *Incidencias políticas del psicoanálisis*. Edic. S&P, Barcelona, 2011.

<sup>7</sup> Miller, J.A., *El banquete de los analistas...* Paidós, Bs. As., 2011. Y es mas interesante que luego dice que “el rasgo de Lacan en relación con el medio analítico era más bien la claustrofobia. Y con respecto al banquete se parecía más bien al *pic-nic* en las calles y los caminos”.

Y acá vamos a pensar ya *otro lazo*, que hace a la práctica del AT, a su dispositivo, que es la relación entre el o los Ats y el *terapeuta* a cargo del caso. Cuando lo hay. O el Equipo tratante, a veces el Equipo institucional.

Conocen que ese vínculo singular (At-acompañado), se establece con una distancia mínima, lo cual implica trabajar sobre la gran implicación personal que puede darse en el vínculo At-paciente. En este punto, aquel lugar de terceridad, a veces de Ley, que ocupa el terapeuta o el marco institucional es congruente lógicamente con una estrategia que permite al At no quedar atrapado en una relación *demasiado* cercana con quien acompaña, no quedar encerrado en los espejos de la *dualidad* donde le resultará muy difícil operar desde su lugar terapéutico. Para ir a la práctica: la invitación del paciente al At para “tomar una *cervecita* y que nadie se entere” es un ejemplo clásico, de las complicaciones que pueden precipitarse si el At queda cristalizado en el lugar de un amigo, cuestión que se complicaría más si encima el At “se la cree” o queda fijado a ese lugar.

En su diferencia con los terapeutas, el lazo del AT con el paciente se asienta en una posición de mayor simetría, y esto tiene consecuencias, que tenemos que pensar ajustadamente. Para los efectos terapéuticos, pero también para ubicar una estrategia y una política del tratamiento en que se incluye el At, esto es, nos lleva a pensar también una ética. Diferenciando psicoanálisis de psicoterapia.

En relación a esto, por hipótesis, ya “el psicoanalista y el psicoterapeuta *no hacen el mismo uso del poder que les es así distribuido por esta posición disimétrica de escucha*”<sup>8</sup>, también el psiquiatra hace otro uso de su lugar de autoridad.

¿Cuál es entonces el uso que hacemos en el AT del lugar de autoridad? ¿Existe ese lugar de por sí en el AT? ¿O tratamos de ubicarnos desde el AT en otro lugar? ¿Dejamos esa *autoridad* afuera?

Desde esta orientación, el At se ofrece a sostener y alojar la locura, o algo de la locura de cada cual, algo de esa *anormalidad* que hay en cada cual, de ese *malestar que consideramos singular*, incomparable. Y al considerarlo así estamos sentando una posición. Que nos remite a una ética y a una política. El At interviene entonces desde ese lugar de semejante, del que no juzga, del que escucha sin moralizar y sin rechazar la creencia de aquel que acompaña. Creencia que podrá constituirse en certeza, y ahí estaremos en otro cantar... No vamos a meternos con la particularidad de las psicosis, que no hace a esta mesa... Sintéticamente planteo que el AT, en relación a su ética, no se va a ubicar como guardian de la “realidad colectiva”, aunque según el caso tenga que intervenir desde allí, pero tendrá presente el no consolidarse o cristalizarse como aquel que quiere reducir esa creencia singular a una *normalidad* que es algo del orden de lo social. Puede ser una táctica, no su política...

Es que en la posición (terapéutica) del At, damos asiento a estos elementos que se llaman “anormales”<sup>9</sup>. Aunque a veces en su operación tenga que imponer un límite, en ciertos momentos o etapas del trabajo cotidiano, donde se trata de acotar algo de lo que excede al sujeto, en el punto en que se le hace insoportable. El AT está para que pueda hacer algo con

---

<sup>8</sup> Miller, J.A.; de *El lugar y el lazo*, Paidós, Bs. As., 2013.

<sup>9</sup> En esta línea, como verán hoy estamos millerianos...tomo algunas ideas de J. A. Miller sobre el psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Cf. P.50 de *El lugar y el lazo*.

eso insoportable, para ayudar al sujeto a poner un tope que permita una salida soportable. *Soporta algo de lo insoportable*, que puede de otra forma llevar a la caída del sujeto, al quiebre. No siempre podremos evitarlo. Tampoco se trata de un furor curandis, hablo de tácticas y estrategias, y de una política, en línea con una ética. Una política va en dirección de *sentar condiciones para...* Digamos que *“condiciona la apertura misma”* del espacio de tratamiento. Que *las condiciones estén dadas*, que haya un terreno para dar las batallas. No es la guerra, como se ha dicho, la política es la *sustitución de la guerra por otros medios...* En otros términos, *“estrategia y táctica se ordenan respecto de la política, en tanto esta concierne al fin mismo de la acción”*<sup>10</sup>.

Y en esa política, en relación a los *tratamientos posibles*, estamos dando cuenta de una experiencia particular, de una experiencia que implica un tipo de lazo que seguimos pensando, conceptualizando, el del AT.

2. Lo más importante ahora: todo esto tenemos que hacerlo saber en la Comunidad a la cual pertenecemos, y esto tiene que ver con una Política, la que *hace lazo* con la comunidad, desde el AT, ya no esa Política (de la cura) que se juega en un tratamiento determinado.

Así pasamos al segundo punto. Porque si no lo *transmitimos*, si no damos cuenta de nuestro trabajo, si no incidimos en el diálogo entre textos, entre instituciones, entre asociaciones, tendrán lugar otras prácticas. Las de “normalización” social, las que se sostienen en las panaceas farmacológicas, las del encierro de la locura, las que estigmatizan lo diferente y lo que “no anda” por la vía del imperativo de producción económica, por ejemplo.

Entonces, cuando digo *su lazo social* también es algo del lazo que hace el AT con la comunidad, ya no el At con cada sujeto/flia, sino como oferta a la sociedad, como *propuesta* al campo de la Salud mental, como *práctica* en el marco de una Política pública. Habíamos dicho clínica y política. La clínica nos permite pensar el tipo de lazo que se establece en un tratamiento, donde a su vez puede ubicarse una táctica, una estrategia y una política en cada tratamiento. Pero en términos más amplios, la política nos remite al lazo que hacemos para construir un lugar entre otras prácticas y saberes, en un determinado campo de trabajo, en aéreas de trabajo, salud, educación, justicia, en la problemática de la discapacidad. Es ahí donde entran las propuestas: proponemos determinados lazos, que nos asocien, que consoliden el lugar del AT, que nos permita tener una mayor regulación y alguna legalidad instituida. Su lazo social, en este sentido, hace a las propuestas que las asociaciones, los equipos, los docentes que transmiten su experiencia y sus conceptos en este tema, las cátedras, las carreras, puedan hacer para generar redes, en el campo laboral, que nos faciliten la inserción laboral, que nos permita sostener los tratamientos, que permita a las familias solicitarlos porque no va a ser una carga excesiva el costo económico para las mismas.

Aquí quiero recordar, porque resulta que no aparece en algunos textos de este último tiempo, sobre el AT y su historia, que vengo planteando la necesidad de institucionalización de esta práctica desde el tiempo en que empezamos con algunos colegas a promover una Asociación

---

<sup>10</sup> Miller, J. A. en *El banquete de los analistas* (Paidós, Bs. As., 2011), plantea dichas cuestiones, y esto de *condicionar la apertura*.

de AT para Argentina, hace ya cerca de 12 años, hacia los años 2001-2002. Estos días hice cierto trabajo autobiográfico en este tema, una revisión personal, también una forma de dar mi versión de aquello que protagonicé, con otros, al leer o escuchar algunos colegas, que llegan hasta la apropiación de cursos, de títulos para los mismos, de relatos o textos compartidos... Cuando escribí sobre la historia del AT en Argentina (como ser en mi libro del 2007), me hice cargo de una tarea que según la propia historiografía resulta ardua, al considerar la llamada historia reciente, como fue la propuesta de salir de la autoreferencia, dejar de lado la *bajada de línea* personal de algunos artículos que se escribieron estos años, tratar de desandar rivalidades y efectos de grupo.

Pese a esa dificultad, hoy me parece importante dejar algún testimonio, al menos en el punto donde participé en una reformulación o resignificación del desarrollo del AT, en un trabajo que vengo realizando desde fines de los '80. A manera incluso de una *toma de posición*. Cuando digo esto lo diferencio entonces de escribir la historia, que es otra cosa -como decía antes-, en fin, lo dejaremos para la formulaciones que vendrán.

Vamos ahora a algunas cuestiones que quiero compartir. Por un lado, respecto a lo que decía recién, que veníamos de organizar los congresos pioneros sobre AT en nuestro país. El primer Congreso Nacional de AT, en Argentina fue en 1994, del cual dejamos testimonio con un pequeño libro, una compilación<sup>11</sup>: en mi presentación introductoria planteaba la importancia de articular la clínica con la teoría, de acuerdo al slogan del Congreso, y apelaba a darle una *especificidad a esta práctica*, en ese espacio de borde en que nos encontramos, entre lo clínico y lo comunitario/social. La clínica "actual" de ese momento no era la misma que la actualidad de este 2013, ni en Argentina ni en Iberoamérica, como han dado cuenta los trabajos de este Congreso. En el 2do Congreso Nacional de AT, en 2001, ya el lema aludía a que fuéramos "Hacia una inscripción institucional y Académica del AT...", con un carácter federal que no tenía el primero. Y donde además llegaron colegas de Brasil, Uruguay y España. En los años posteriores, junto a otros colegas, algunos presentes estos días, fundamos AATRA (en 2003; también ese año organizamos el Primer Congreso Iberoamericano, que inició esta serie...<sup>12</sup>), en lo que fue una iniciativa *política* significativa en un marco socio-político en Argentina de plena crisis, interesante porque era una apuesta al lazo desde *lo Político* en tiempos de un descrédito general de la clase dirigente del momento (diría de esa *política* con minúsculas mal entendida), cuando estábamos en la calle con aquel "que se vayan todos", los políticos que no eran políticos sino gerentes o administradores de los poderes establecidos, de los grupos concentrados de poder económico... Allí algunas cuestiones *imaginarias* que tocaron "narcisismos" en los vínculos personales, en esa comunidad -que está moldeada como toda comunidad por sus miembros-, hicieron que se pusieran en crisis el desarrollo de la propia Asociación. No digo nada nuevo si planteo que las cuestiones personales, si pensamos uno por uno, se suelen poner en el tapete en los grupos y en las instituciones, y de esto quienes transitamos por las instituciones

---

<sup>11</sup> Rossi, G. y otros (comp.); Hacia una articulación de la clínica y la teoría - Publicación de trabajos presentados en el Primer Congreso Nacional de AT, Ed. Las Tres Lunas, Bs. As., 1995.

<sup>12</sup> Serie en la cual fuimos conociendo otros colegas de México, Perú, ampliándose el grupo de Brasil y España, y ahí fue que nos conocimos con Blanca Fernandez Heredia, Kleber Duarte Barreto, Mauricio Porto y Marisa Pugés, en esos primeros años, y muchos más luego, aunque siempre mencionar algunos nombres deja afuera otros, y hasta puede leerse esa alusión como algo *arbitrario o tendencioso*...

psicoanalíticas estamos “mal acostumbrados”...Sería para el debate si los fines de una institución, de una disciplina, de prácticas como la nuestra, puede separarse de las personas.<sup>13</sup>

Sintéticamente, en mi relación personal con el Acompañamiento Terapéutico, sigo trabajando en la misma dirección, aunque como muchos saben dejé de estar en AATRA en el año 2006 (habiendo sido Secretario de la CD desde su fundación, e impulsado su construcción). No es el ámbito para abundar en detalles, simplemente para revisar tergiversaciones que se formularon, sostengo que a mi entender esa finalidad política que implicaba su inscripción social se fue perdiendo, en nuestro país, cuando en determinado momento esto se derivó por otros caminos, marcado por excesos de corte narcisista que buscó acaparar el nombre de la institución y su devenir. Ya luego de algunos años, como manifestaran otros miembros fundadores que renunciaron, subrayo hoy que esperábamos que como órgano colegiado y democrático<sup>14</sup>, desde su Comisión Directiva cada uno/a tomara la palabra para reconducir hacia los fines que nos llevaron a organizarnos colectivamente.

Luego, con la idea de seguir sosteniendo una defensa institucional de la práctica del AT (y no avalar una Asociación devenida en una simple “*sociedad organizadora de congresos*”), impulsé junto a varios colegas y exalumnos otros espacios e iniciativas con la misma orientación hasta estos días, como ser con el Capítulo de AT de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM, que congrega a psicólogos, psiquiatras, analistas, trabajadores sociales, entre otros), la Cátedra de AT<sup>15</sup> a mi cargo en la Facultad de Psicología de la UBA, los Cursos y espacios de formación en numerosas provincias de Argentina<sup>16</sup>. En este tiempo, es interesante señalarlo, en varias Provincias y ciudades se formaron Asociaciones, lo cual habla de propuestas para incidir en la comunidad, de hacer una Política que permita al AT tener otro lugar social, en su relación con otras prácticas y en su inserción en los Planes de Salud Mental, en las estructuras sanitarias.

Es que las interpelaciones nos hablan de ese punto donde pedimos, demandamos, desde el AT a la comunidad ese reconocimiento, esa regulación, como ser en Argentina, que con la “nueva” Ley Nacional de Salud Mental (Nro. 26657, que tiene casi 3 años) pedimos que se incluya en el PMO, en el nomenclador de prácticas cubiertas por el Estado o la seguridad social, según ya venimos planteando hace décadas de la necesidad de contar con una regulación estatal de esta práctica, de su formación y de su ejercicio. Con esa Ley, en el contexto de la ubicación en un lugar central de los DDHH de los pacientes, de las propuestas de desinstitucionalización, de generar dispositivos y recursos en el medio donde vive el paciente (con lo cual acordamos), estamos en un momento donde ha tomado fuerte impulso cierta corriente comunitarista, de trabajo en el territorio con las poblaciones llamadas vulnerables, con lo que acordamos, hicimos hace unos días un apuesta a que pueda articularse lo clínico con ese abordaje comunitario. Cuando algunos de los actores de este campo de la Salud Mental pregonan un rechazo de todo lo que es clínica, psicopatología y tratamientos, que se opondría supuestamente a un abordaje del “padecimiento mental” comunitario, planteo que el AT, en esta perspectiva, puede ser un

---

<sup>13</sup> Desde el psicoanálisis se ha planteado que una oposición tajante entre fines personales y fines de la disciplina no se sostiene, ya que es una práctica que depende del deseo de aquel que la sostiene, donde el analista es un operador. Cf. Soler, C. p.768.

<sup>14</sup> Como lo expresó Guillermo Altomano en su carta de renuncia.

<sup>15</sup> La Materia: Práctica Profesional “Fundamentos clínicos del AT, Cátedra I” (Cod. 687), optativa del Ciclo de Formación profesional, que vengo dictando en forma ininterrumpida desde el año 2002.

<sup>16</sup> Tucumán, Chubut, Neuquén, La Pampa, Chaco, Jujuy, Corrientes, Entre Ríos, Santa Fé, Córdoba, Mendoza, Provincia de Buenos Aires.

nexo precisamente entre la singularidad subjetiva y algo del orden de lo universal, del “para todos” que recuerda la Ley de Salud Mental, del abordaje en territorio, priorizando por parte de la Salud Pública de sectores sociales postergados por décadas. Pero para eso es necesario que se formalice una inscripción de esta práctica desde el Estado, tanto en cuanto a su capacitación como en cuanto a sus incumbencias y reconocimiento como parte de las prácticas necesarias en un Plan de Salud Mental.

Entiendo que en Mexico y en otros países la realidad es otra, dependiendo también de las regiones. Y que se formulan otras preguntas y líneas de acción al respecto, otras políticas. ¿Cómo apelar a que el Estado regule la formación de Ats?, en algunos países puede resultarles extraño escuchar esto, o contraproducente, de acuerdo a la situación en que se encuentran...

En Argentina, hace unos años, el Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional de Bs As, respecto a la reforma que implicaría una nueva Ley Nacional en Salud mental afirmó: “la experiencia histórica demuestra que ningún cambio de raíz es posible sin el protagonismo de aquellos que tendrán que sostenerlo”<sup>17</sup>. Y sostiene que ese protagonismo involucra a tres actores ineludibles: Los organismos de Gobierno (Estado) y sus responsables. Los trabajadores del sistema de todos los niveles y especialidades. Y los miembros de la Comunidad. Comunidad que hoy todos formamos...

Y acá ubico esta resignificación del lugar del AT, que fuimos planteando en estas décadas, que lo hace estar en clara sintonía con estas propuestas de transformación institucional y de sustitución de las lógicas manicominales. Y es necesario también hacer otra puntualización respecto a la historia del AT. En los comienzos del AT por los años 70, cabe consignarlo, el AT no se propone como esa herramienta de una política *antimanicomial*, de profesionales que impulsaban su inscripción en un proyecto de salud pública, de políticas en salud mental que incluyeran lo comunitario, la salida a lo social y la clínica, sino en el contexto de la práctica en la clínica psiquiátrica en forma privada, en el ámbito del consultorio e instituciones privadas. Podría ser en algunos protagonistas cercanos a una psiquiatría “dinámica”, con lecturas psicoanalíticas por parte de algunos de quienes comenzaban con el tema. Aunque determinada lectura lo ubique en el contexto de una apertura en la clínica, como alternativa a la internación, como abordaje múltiple, y es así, es válido. Pero lo cierto es que sus primeros pasos fueron con pacientes de altos recursos económicos, lejos de aquellas propuestas transgresoras y alternativas al *orden establecido* en el campo psiquiátrico y psicoanalítico que aparecían en Argentina (como describí en textos anteriores). Puse el acento en que ese era el “marco” socio-político, el de la búsqueda de recursos, herramientas, dispositivos, experiencias<sup>18</sup>, que tenían en forma marcada una dimensión Política, de incidencia en el terreno público, de intersección y debate con aquello que era el orden del poder del momento. Lo planteamos en términos de “condiciones de posibilidad” para el surgimiento de esta práctica, llevándolo tanto a un terreno Político más amplio, socio-económico y cultural en Latinoamérica, como al terreno de la política de las instituciones académicas, hospitalarias, y de las asociaciones de psicoanálisis, psiquiatría y otras disciplinas de ese campo que comenzaba a expandirse como “Salud Mental” en Argentina.

---

<sup>17</sup> Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional, Bs. As, Manifiesto año 2006.

<sup>18</sup> Iban desde el Lanús de Goldemberg hasta la Comunidad de Caminos en Entre Ríos, pasando por los antecedentes de Pichon Riviere en el Borda y otras propuestas innovadoras. Cf. Rossi, G. (2007), ya citado.

Para finalizar, con este camino recorrido para el AT hasta hoy, a partir de conceptualizaciones que fueron dando otra consistencia en distintos países, propongo que sigamos impulsando, (de una vez y para siempre) la inscripción de esta Práctica, en una interlocución e interpelación, desde el AT a la Comunidad, a las comunidades -sean pequeñas o de las más grandes-, respecto a qué hacer con la locura, que responsabilidad tienen los distintos actores e instituciones en plantear otro abordaje del malestar actual, de las locuras actuales, que no sea el encierro o el chaleco químico... Que es también interrogar a quienes organizan políticas en este campo (gobiernos, instituciones de salud, de educación, etc), y formular propuestas en estos atolladeros de la Salud Mental, y de la Educación Especial, donde por la eficacia del AT fuimos teniendo un lugar.

Hoy y ayer, en síntesis, con el gusto de compartir esta Mesa, retomo esa apuesta a seguir enlazando los dos términos que a veces aparecen en disyunción, con la cautela que supone la complejidad de ambos conceptos (que incluso podría poner en plural): la Clínica y la Política.

(I) PUBLICADO EN REVISTA ATRAVERSAR Nº4 - 2º SEMESTRE DE 2014. ASSOCIAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AAT) Rua Vergueiro, 1421 – cj 1609 – Torre Sul. Paraíso. São Paulo, SP, Brasil.

REVISTA ATRAVERSAR, BRASIL, Ano 3, n. 4 (jul – dez/2014) São Paulo: AAT, 2014, 170 p.

Semestral 1. Acompanhamento Terapêutico (AT) – Periódicos. I. Título Índice para catálogo sistemático

1. Acompanhamento Terapêutico (AT): século 21: Brasil