

LA DIMENSIÓN ESTRATÉGICA EN LAS PSICOTERAPIAS

(Conferencia dada en el Paraninfo de la
Universidad de Salamanca “ Miguel de
Unamuno ”).

*Alejandro Scherzer
Marzo de 1998*

A.S. - Intenté preparar algo original para el cierre de las actividades del día de hoy. El tema de exposición que, según dice el programa, **alude a la dimensión estratégica de las psicoterapias.**

Las intervenciones Terapéuticas Estratégicas y Combinadas son originarias del Uruguay a partir de las ideas de Enrique Pichon-Rivière. Con otros autores hemos intentado ampliar y desarrollar.

Si ustedes miran la tapa del libro “¿Quién ‘cura’ a quién?” (Alejandro Scherzer, Edit. CEUP y Multiplicidades), dice “Quién “cura” a quién”, y debajo dice “Múltiples abordajes psicoterapéuticos”. Después, en la primera página, dice “Quien ‘cura’ a quién”, “cura” entre comillas, y dice “Múltiples Abordajes Terapéuticos”. Esto fue un error de imprenta y el autor - quien habla - decidió mantenerlo porque, en realidad, las dos implicaciones tienen que ver con el contenido del libro. De manera que vamos a aprovechar para explicar porqué y qué queremos decir con “quién “cura” a quién”. Es el centro de la cuestión.

No es lo mismo **Múltiples Abordajes Terapéuticos que Múltiples Abordajes Psicoterapéuticos**. El libro se origina a partir de una experiencia que para nosotros es central.

Así como Freud dada su enorme dificultad en hipnotizar descubre como beneficioso para el tratamiento de las neurosis histéricas de fin de siglo XIX y de principio de siglo XX, hacer hablar a sus pacientes.

A partir de este hecho descubre la asociación libre y el método psicoanalítico para la práctica de la cura psicoanalítica. Nos animamos a hacer esta comparación, que esbozamos en el año 1976, y reiteramos en el 1997: tal cual fue la neurosis histérica, para Freud la vía regia para el descubrimiento del Psicoanálisis, el tratamiento de las Psicosis Infantiles para nosotros ha sido la vía regia para nuevos despliegues teórico-técnicos, basados en los fracasos de tratamientos clásicos de los niños con trastornos psicóticos. O sea, delo que algunos podrían llamar la Locura infantil y otros T.D.A. (Trastornos del Espectro Autista) y nosotros P.I.B.E. (Psicosis Infantil de Base Emocional).

Así vimos, durante décadas, cómo estos niños con los tratamientos psiquiátricos clásicos no se “curaban”. Esto nos llevó, después de sucesivos pasajes por distintas teorías y técnicas, a enfrentarnos a lo mismo, a la impotencia. Ni un solo un método, ni el psicoanalítico, ni el psicodramático, ni el conductista, ni el gestáltico, ni el cibernético, nada, servía para ayudar a esta gente sufriendo.

El tema con estos niños, es que además de estar “locos” - entre comillas – (ya que los llaman psicóticos) es que tienen que aprender. En nuestro país no se pueden insertar en ningún lugar de educación sin recibir rechazo visible.

Al trabajar con estos niños y al ensayar distintos tipos de tratamientos, empezamos a ver que debía haber un lugar donde se integraran dos funciones fundamentales: **la función psicológica y la función pedagógica**. Así, empezamos a trabajar con Maestros, Psicólogos, Trabajadores Sociales, gente que trabaja en la Educación, profesores de Educación Física, Musical, y se fue progresivamente armando una institución.

¿Cómo se hacía para intentar un proceso, en la práctica, donde la función terapéutica y la función pedagógica, apuntaran a socializar a través de los vínculos interpersonales en el tránsito institucional?

Eso nos fue llevando a diseñar una institución, luego de muchos fracasos, tanto públicos como privados, nuestros y de otros colegas.

Se fue dando una situación que nos hizo pensar las relaciones entre lo público y lo privado para lograr un efecto liberador de ataduras, y terapéutico, que sabemos que tienen.

Con esta introducción quiero hacer una aclaración: por qué “**cura**” está entre comillas. Porque para nosotros la **palabra curar** en el sentido de la Medicina clásica está obsoleta. No nos gusta la palabra curar para este trabajo psi. Creemos que denota y connota una cuestión médica...

Preferimos la palabra analizar, socializar, aprender...

Al respecto, hay algo dicho solamente al pasar, en la página 58 de “**Quién ‘cura...’**”: “Al respecto entendemos que no debemos hablar de curación sino de aprendizaje. Entendemos por aprendizaje la adquisición de los sentimientos, las acciones, los pensamientos, a relacionar en una práctica que reconstruya un suceso del pasado para poder funcionar en el presente con un proyecto futuro”. O sea, la dimensión del presente, del pasado y del futuro. Para nosotros, el proyecto es de aprendizaje, un proyecto y un aprendizaje en sentido pichoniano.

Para nosotros hablar de “cura” significa confrontar a salud. Todos hablamos de salud y todos estamos en desacuerdo con hablar de sistemas de Salud Mental y de trabajadores de la Salud Mental. Los propios compañeros docentes del Área de Salud de la Facultad de Psicología es lo primero que dicen, “Tenemos que tener un nuevo término, porque no tenemos otra forma de referirnos, para poder integrarlo, ¿por qué no crear un neologismo?”.

De manera que para nosotros lo “sano”, como opuesto a eso “enfermo” que supuestamente habría que “curar”: todo va entre comillas.

Lo que más nos importaba en la institución (el I.P.P.U.), era distinguir entre la **función psicológica y la función terapéutica**. La acción, que es el acto de intervenir, es crear **un efecto terapéutico**, que no tiene porqué provenir, necesariamente, de un acto y un setting psicoterapéutico. Se puede producir un efecto de ayuda sin que provenga de un acto terapéutico clásico.

Eso es lo que nos permitió ver claramente allí que una cosa es la **intervención terapéutica** y otra es la **función terapéutica**. Porque en este trabajo con niños psicóticos dado el estrecho contacto con los niños, la función terapéutica también la

cumple el propio maestro.

Y comenzamos a ver cómo se borran los límites de las profesionalidades y de las disciplinas.

Diferente aún es el abordaje terapéutico.

Toda intervención psicológica que no sea terapéutica - hay muchas, (un diagnóstico entre otras) – puede tener un efecto terapéutico y otra pedagógico.

Entonces, qué es esta “locura” en la cual estamos haciendo foco. Estamos hablando como cuando nos referimos a Salud, o a Terapia Familiar. Son formas de expresión para intentar entenderse.

¿Qué es lo que hay que aprender en vez de “curar”? **Cuáles son las condiciones de la existencia, qué es lo que determina la realidad cotidiana. O sea, que una persona va a estar más sana cuanto más conciencia posea de los determinantes de su vida cotidiana.**

Primer “**quién**”, de “**quién ‘cura’ a quién**”. “Cura” y “Quién cura” así entrecomillas. Eso merece pensarlo.

En “¿Quién ‘cura’ a quién?”, el primer “quién” puede ser el terapeuta, el segundo puede ser el paciente. Pero ¿quién es el paciente? ¿Aquel niño que traen los padres y que nosotros lo llamamos paciente? Aquí, así, no hay una dimensión en donde estén incluidas las variables cotidianas que están interviniendo en esa vida familiar de todos los integrantes de esa familia.

Nos preguntamos cómo se generan los padecimientos, los sufrimientos, las desviaciones del aprendizaje de esos determinantes en la vida familiar. ¿Quién es el paciente si, por ejemplo, hay una situación de violencia familiar extrema, consultan por el niño y uno detecta (no difícilmente) que lo que le pasa al niño está directamente relacionado a lo que sucede en la vida familiar?

Hay teorías y técnicas que abordan sólo al niño. En Uruguay, hay décadas de psicoanálisis kleiniano. Ahora, con otros enfoques, con pocas sesiones familiares la situación se puede corregir mejor que antes del tipo de enfoque psicoanalítico clásico individual de los tratamientos infantiles.

Entonces, en este caso, ¿quién es el paciente? ¿Hay que atender a los padres?, ¿y si se trabaja en la comunidad, como planteaba el equipo de Practicantado de Salud Familiar?, ¿o si van al consultorio con la familia? ¿Con cuál familia, la familia nuclear, o la familia del hogar en el cual pueden estar conviviendo en los casos de padres separados y con nuevas parejas conyugales?

Tenemos que pensar que no sirve, tampoco, el criterio de “vamos a venir todos”. ¿Qué todos? No es lo mismo la familia nuclear, las nuevas conformaciones familiares, que el parentesco en la familia. Son situaciones y categorías distintas.

O, como en este caso (el I.P.P.U.) la institución a través de distintos integrantes ejerce una acción sobre el niño, sobre la familia, sobre las otras instituciones de trabajo, u opera como familia alternativa.

¿Y los maestros, los educadores, los fisiatras, los foniatras, etc. que desde una organización trabajan en este tema y necesitan de esclarecimientos, ser coordinados como equipo, se alivian y esclarecen ... no son pacientes? Entonces, ¿quién es el paciente?

El otro punto, **el otro “quién”** (después podemos jugar cuál va primero) ¿cuál es el que ejerce la acción terapéutica?

Lo que deseo es confrontar dos formas de pensar, hablar del libro como texto no (me) resulta interesante, no venimos a hablar de lo que dice sino de lo que no dice explícitamente. ¿Cuál sería ese profesional que “cura”? ¿Quién dice que ese efecto, el efecto de “cura”, lo tiene que ejercer un profesional? La Medicina lo dice, los Psicólogos clásicos lo dicen. Pero el mejor efecto, la mejor ayuda es el esclarecimiento, la mayor claridad de un integrante, **cualquier** integrante de esa comunidad: amigo, familiar, pariente, maestro, quien sea que aporte lucidez sobre lo que acontece (o aconteció).

Es el tema de lo que pasa con las instituciones. Las instituciones de la “cura”, las instituciones de la Salud Mental. El poder, el prestigio, el mercado, todo lo que se juega sobre el dinero que, a veces, hace que uno adopte tales o cuales posturas y que no tienen que ver directamente con lo que se propone, sino que está previamente determinado por otros intereses (económicos, etc.).

Con los años hemos visto de todo, gente que estaba 9, 10, 11 años en tratamiento psicoterapéutico, a 3 sesiones por semana. Con mucho dinero gastado. Resultado: casi cero.

Con el trabajo de la institución, con otras técnicas de psicoterapia (no sólo individuales): mejorías notorias...

De un estado de Psicosis Infantil se sale o se mejora con los métodos adecuados, no con “standards” institucionalizados.

Los consultantes están, casi siempre, un tiempo prolongado buscando una ayuda para ubicarlos en la vida cotidiana de acuerdo a ciertas pautas.

Nosotros, en casos de fobias escolares, por ej., con un abordaje familiar intensivo (dos sesiones familiares por semana), en cuatro meses, logramos que estén totalmente integrados a su colegio. Con el setting psicoanalítico ortodoxo, que hemos visto durante años, pasaban años esperando.

Esto lleva a un tema. Hay que saber qué es lo que uno hace y por qué lo hace, pero lo fundamental es tener una descripción de estrategia y de táctica en el abordaje, qué hacer, qué utilizar, por qué, con qué recursos.

Otro tema, es el de los **equipos de trabajo**. Es algo que nosotros miramos poco, lamentablemente. En la década del '70 se empezaba a trabajar, en Uruguay, en este tema. Y la dictadura impidió que los equipos, sobre todo en los Servicios públicos de Salud Mental se unificaran en su accionar. Prohibían que nos agrupáramos. La ideología asistencial y el trabajo en grupo para ver qué es lo que cada uno hacía y coordinarlo, era persecutorio para el poder político de aquel momento histórico y, además, no se remuneraba.

García Badaracco (conocido psicoanalista argentino), trabajaba, también, en equipo, en esa época, era estimulante para nosotros.

Los uruguayos planteamos una noción que es la de Terapia Combinada. Junto con Nieves Labrucherie y Sergio Marrero, comenzamos a trabajar explícitamente con estos métodos al tratar en equipo a los pacientes psicóticos, entre 1968 y 1978.

Inicialmente, nos “volvíamos locos” porque no sabíamos qué hacer, cada uno en su consultorio con la información que teníamos y sin saber qué hacían los otros colegas.

Uno trataba a la pareja, otro trataba a la familia y estábamos en compartimentos aislados porque había que mantener el “secreto profesional” (irónico).

Comenzamos a reunirnos, a contarnos los procesos estancos... y vimos que las cosas mejoraban notoriamente para los pacientes y para nosotros. Para nosotros mejoraba el trabajo en equipo, aparecían fenómenos vinculares que posibilitaban que se trabajara mejor con el paciente: rivalidades, competencias y la historia de cada uno de los personajes familiares de los terapeutas. Creció la confiabilidad entre nosotros sabiendo lo que el otro hacía.

Esto permite una potenciación de los efectos terapéuticos. Es impresionante lo que se gana en celeridad en el accionar. A este modo lo llamamos **Terapia Combinada**. Es una nomenclatura uruguaya. En el Congreso de Punta del Este de 1972, de la A.P.A.L. (Asociación Psiquiátrica de América Latina) lo denominamos Terapia Combinada.

El mismo día, el trabajo anterior de la misma Mesa del evento - de García Badaracco, Proverbio y colaboradores - tenía que ver, también, con el trabajo en equipo de esta forma, pero no lo llamaban Terapia Combinada.

Comenzamos a trabajar más con esta modalidad que tiene las siguientes peculiaridades:

- a. La convergencia de objetivos terapéuticos.
- b. La posibilidad de intervención de varios esquemas referenciales complementarios y de varios terapeutas.
- c. Constituir este modo de trabajo como un proceso articulado.
- d. Constituirse en un equipo terapéutico.

Empezamos a reunirnos una vez por semana, o cada quince días. Después, tuvimos que contratar a dos coordinadores que nos coordinaran a nosotros para poder encarar la tarea más productivamente. Así, constatamos que coordinando el equipo con coordinadores formados para el trabajo grupal era el mejor modo de trabajar al “paciente”.

“Quién ‘cura’ a quién”, **quien** es el paciente (con una gama de “supuestos pacientes”), **¿quién “cura”?** ¿qué técnico “cura”? ¿quién tiene el poder de “curar”?

Constatamos que con un médico organicista, ortodoxo, no se puede trabajar adecuada y eficazmente si no forma parte del grupo coordinado de profesionales. Hay que improvisar mucho, **flexibilizar y permeabilizar las fronteras de las disciplinas**.

Vimos que, también, los técnicos (nosotros) se “curaban”. Se nos empezaron a caer las “bibliotecas”, el andamiaje teórico-técnico... que, como decíamos hoy, no es fácil ubicarse cuando se nos habían caído casi todos los paradigmas clásicos. Si uno no está en un lugar fuertemente, establemente posicionado, con la identidad consolidada, no puede “curar” a ningún tipo de paciente grave. Eso está claro.

Y ¿dónde?, ¿en el consultorio? **Donde haya que hacerlo**. Nosotros ya vivimos esto en carne propia. Tenemos una dramática experiencia, siendo estudiantes un compañero del grupo se psicotizó, en plena Dictadura. Iba a San José y Yí (Jefatura de Policía) a denunciar a todo el grupo de estudio por subversivo. Decía que Juan Ma. Bordaberry, Raúl Sendic y Monseñor Partelli “estaban tramando con nosotros acciones conjuntas”.

Diseñamos un dispositivo de trabajo donde nos **internamos** todos nosotros, distribuimos las distintas funciones terapéuticas (terapia individual, terapia familiar, reuniones con amigos, con el personal de la institución donde dormía...).

Lo que quiero mostrar son todos los cambios en las condiciones de la vida cotidiana a partir de este trabajo que menciono, los que trabajamos con alguien, nosotros, también nos tratamos de “curar”. Cualquiera de nosotros, que integramos un equipo, nos muestra qué relación tenemos con las instituciones. ¿Eso es un terapeuta?, ¿qué es terapeuta?, ¿qué es “curar”? ¿quién “cura” a quién?

Alejandro Raggio - Yo voy a ser breve a los efectos de ocupar el menor tiempo posible y dejarlo para preguntas.

Más que nada para hacer un comentario medianamente inteligente sobre lo que Alejandro Scherzer acaba de colocar, pero creo que sí estoy en condiciones de marcar algunas cosas que me parecen interesantes y que, por otro lado, son como un cierto nivel de redundancia que aparecen en todas las exposiciones y los trabajos de los uruguayos que estuvimos en este seminario, y todavía estamos.

Primero, quiero rescatar una cosa que es la cuestión de la **originalidad**. Me parece fundamental, más teniendo en cuenta ciertas cosas que hemos vivido estos días (en España), es decir, acá está jugado todo un nivel de pensamiento, de trabajo y de producción rioplatense, por un lado. Alejandro Scherzer hacía referencia a toda una serie de pensamientos y de **movimientos inaugurales**, esto es importante, **es algo que se inaugura, no es un pensamiento para repetir y, además, esta originalidad en la nominación**, esta cosa bien uruguaya de Terapia Combinada. Probablemente a otros se les hayan ocurrido otros nombres y, además, el propio orden de producción de este tipo de abordajes. No creo que sea solo una cosa de nominación. El nombre, si se quiere, es totalmente original, pero también es original lo que el nombre nombra, este abordaje.

Me parecía importante marcar esto de la originalidad, esta cuestión que de alguna forma es también decir nosotros venimos, - algunos mucho antes que yo, cuando digo nosotros me incluye en un movimiento que me antecede - trabajando en esto hace décadas, y como uruguayos y también como rioplatenses hemos producido cosas muy interesantes. Quizás deberíamos aprender a “vendérselas” al primer mundo.

La otra cosa que me pareció interesante, que va unido a lo de la Terapia Combinada, es la **cuestión del equipo** en tanto es acá donde se empieza a articular la cuestión de la cura como cuestión médica, y se van las comillas y se va la cura misma, queda echada por tierra, en tanto esto de que el equipo también se cura. Recién me acordaba de un artículo que está en un libro que la Lic. Adriana Frechero mencionó ayer, “Salud y Locura”, un artículo de Osvaldo Saidón, que es también podríamos decir un integrante de este **nosotros** tan difuso de delimitar. Es un argentino que estuvo viviendo mucho tiempo en Brasil, en Río de Janeiro y ahora retorna a Argentina, que se llama “La clínica y la vida”. En ese artículo Osvaldo Saidón planteaba cómo de alguna forma la Clínica si no adopta la forma de la vida, fracasa. Creo que de alguna manera es lo que Alejandro Scherzer ha mostrado brevemente hoy - está extensamente trabajado en el libro - en relación a esta cuestión de Terapia Combinada, aprendizaje, vida cotidiana, en tanto condiciones concretas de existencia, que, también, son las condiciones concretas de existencia de aquel que trabaja, que también se “cura” - entre comillas.

Me quedaba una duda y lo largo como pregunta, ¿qué pasa con la función terapéutica desde acá? Tengo algunas respuestas, pero desde acá, desde esta concepción, ¿qué pasa si se disemina el problema de la cura? Porque se curan las familias, se curan los

pacientes, se curan los equipos, se cura todo el mundo. ¿A la función terapéutica no le pasará algo parecido?

Esa es la pregunta, es decir, una vez que la función terapéutica queda sacada del lugar del experto, del especialista poseedor del saber que tiene el poder de curar. Por eso insisto en lo de la función. Creo que acá está jugada la cuestión del sostén, si de alguna forma decimos que los sujetos, en su vida cotidiana, están sostenidos en una red vincular, en una red social, institucional, grupal, etc., y uno genera un sostén, a su vez, para desobstruir, desobstaculizar, reformular proyectos de vida truncados, entonces la cuestión del sostén se repite en la vida y se repite en la clínica. Por eso asociaba con este artículo de Saidón de la vida y la clínica, donde también clínica - insisto - es algo retórico, como también es retórico “cura” y ya ha sido transmutado el concepto en otra cosa que faltan las palabras todavía.

Lo dejo por acá e insisto a que conversemos un poco entre todos. Hay dos micrófonos.

A.S.: El tema que dice Alejandro Raggio me parece fundamental, el tema del apuntalamiento, del soporte para el trabajo. Lo que pasa es que eso es sostén cuando uno trabaja en **Psicoterapia combinada**. Cómo pensamos que funciona la “cabeza”, hablando en criollo y mal, ¿cómo funciona?

No es lo mismo compensar a alguien para mantenerlo en el sistema productivo, dentro de una lógica de mercado, que pensar en la producción de otro modo: en un sujeto como agente del proceso de producción de materiales, que produzca “algo” que no se venda, pero que lo haga bien. Entonces, hay sociedades, las hiperdesarrolladas, que tienen porcentajes de desocupación entre tres o cuatro millones por país (de desocupados), y si “cae” uno y viene otro, y... no se hacen problema. También, nuestra práctica en Uruguay está muy determinada por esa historia, por la historia de ser un país tercermundista que tiene una economía que no es la misma que la de los países desarrollados y que se necesitan cubrir cuestiones básicas para la subsistencia.