



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES / FACULTAD DE MEDICINA
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**Tesis para optar al Grado de Magíster
en Psicología Clínica de Adultos**

**“LA FUNCIÓN TERAPÉUTICA DE LA INSTITUCIÓN
EN EL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS”**

AUTORA:

Silvia Tapia Donoso

PROFESOR PATROCINANTE:

Roberto Aceituno

PROFESOR GUIA:

Pilar Soza Bulnes

Marzo, 2014

INDICE

	Pag.
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES	
2.1. APORTES A LA COMPRESION DE LA PSICOSIS.....	8
2.1.1. LA RELACIÓN CON LA REALIDAD: FREUD.....	8
2.1.2. IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA: KLEIN.....	9
2.1.3. WINNICOTT Y LA FALLA DEL AMBIENTE	12
2.1.4. RELACIÓN CONTINENTE-CONTENIDO: BION.....	15
2.1.5. CUERPO Y PSICOSIS :PANKOW	17
2.2. LA INSTITUCIÓN.....	21
2.2.1. LA INSTITUCIÓN COMO DEFENSA: JACQUES Y BLEGER.....	21
2.2.2. LA INSTITUCIÓN Y EL GRUPO: KAES.....	23
2.2.3. ENVOLTURA GRUPAL: ANZIEU.....	27
3. TERAPÉUTICAS INSTITUCIONALES.....	34
3.1. ANTECEDENTES DE LAPSICOTERAPIA INSTITUCIONAL (PI).....	35
3.2. FUNDAMENTOS DE SU FUNCIONAMIENTO.....	42
3.3. PRINCIPALES CONCEPTOS DE LA PI.....	43
DOBLE ALIENACIÓN	
TRANSFERENCIA	
AMBIENTE	
COLECTIVO	
4. FUNCIÓN TERAPÉUTICA DE LA INSTITUCIÓN.....	54
5. REFLEXIONES.....	59
6. BIBLIOGRAFÍA.....	62

I. INTRODUCCIÓN

“La psicosis cuestiona el patrimonio común de certeza, depósito precioso que se sedimentó en una primera fase de nuestra vida psíquica, en relación con el cuál comprendemos repentinamente que constituye la condición necesaria para que nuestras preguntas tengan sentido ante nuestra propia escucha y no nos proyecten al vértigo del vacío”

Aulagnier (1975)

Históricamente nominadas como locura, las psicosis han sido tratadas de diversas formas de acuerdo al contexto histórico en que se sitúe. Esto ha sido ampliamente desarrollado por M. Foucault a lo largo de su obra, dando cuenta de los movimientos de exclusión que la sociedad ejerce sobre aquello denominado como locura, y posteriormente enfermedad mental.

Es Freud quien realiza una clasificación psicopatológica diferenciando neurosis de psicosis, lo que marca la tradición psicoanalítica. Sin embargo esta diferenciación deja también abierta la pregunta por las posibilidades de tratamiento de las psicosis, las cuales en un principio son vistas como un imposible dentro del marco del psicoanálisis

Actualmente, si bien se ha ampliado el conocimiento respecto de las psicosis, y los mecanismos psíquicos a la base. Estas siguen presentando un importante desafío en la terapéutica, o métodos dispuestos para la cura de estas personas cuyo modo de existir y habitar el mundo implica una ruptura en el encuentro con los otros.

Dentro de la tradición psicoanalítica junto con sus desarrollos conceptuales, son múltiples los intentos de terapia con pacientes psicóticos, en el marco del tratamiento individual. Sin embargo quienes han estudiado los mecanismos en juego y particularidades del psiquismo del psicótico, han llegado a establecer lo inoperante y en ocasiones iatrogénico del método analítico clásico, para este tipo de pacientes. De

esta manera, autores como Lacan y Oury, refieren la necesidad de “más de uno” para tratar las psicosis.

Considerando lo anterior, además de la propia experiencia en instituciones que practican esta clínica, es que se enmarca esta investigación. Con el objetivo de poder dar cuenta de cómo y en base a qué conceptos es que es posible hablar de una «institución terapéutica».

El siguiente recorrido pretende responder a la pregunta por la “función terapéutica” de la institución en el marco del tratamiento de las psicosis. Para este efecto, se revisarán los referentes conceptuales principales en torno a psicosis e institución, con los cuales se pretende desarrollar una posible respuesta a la interrogante planteada.

El problema que se abordará se formula desde las siguientes preguntas:

¿Cuál es la función terapéutica de la institución en el tratamiento de las psicosis?

¿Qué elementos de la institución aportan en el sentido de una cura posible en la psicosis?

En el contexto del trabajo terapéutico con las psicosis, se ha criticado ampliamente las formas que la psiquiatría, y la sociedad (Foucault, 1976; Goffman, 1970) ha dado a este grupo de personas a través de las instituciones hospitalarias que se encargan de ofrecer un tratamiento basado en la medicina, tomando al enfermo mental como objeto, y por lo tanto desobjetivándolo. La crítica es vasta respecto de las características y modo de operar de estas instituciones, en muchas ocasiones iatrogénicas, homogeneizando al sujeto, y borrando lo particular y vital del mismo.

Lo anteriormente planteado revela y denuncia los aspectos “negativos” de la institución, en el sentido de coartar lo creativo del sujeto a través de su dispositivo de poder homogeneizante. Sin embargo experiencias de trabajo con patologías mentales “en” instituciones, utilizando el “dispositivo institucional” como herramienta terapéutica, moviliza la pregunta por otro ámbito de la institución, su dimensión estructurante, de soporte psíquico necesario y básico de transmisión cultural. En este

mismo sentido, es relevante lo planteado por Kaës, en torno a la función de la institución como parte de la conformación psíquica encontrándose en un momento anterior al sujeto, junto con su concepto de tarea primaria. (Kaës, 2002)

Las experiencias de terapia con pacientes psicóticos “en” instituciones, que a su vez también formulan una crítica a los dispositivos hospitalarios tradicionales, encuentran uno de sus desarrollos fundamentales en el Movimiento de la Psicoterapia Institucional, cuya revisión será utilizada para responder la pregunta formulada en torno a aquello que estaría en juego en la cura del paciente, y en la psicosis en particular. Se considera además que la realización de este recorrido desde la fundación de esta corriente estará llena de matices, ya que las experiencias y desarrollos teóricos han ido variando a lo largo de su historia, en los diversos autores que hacen parte de este movimiento.

Las miradas teórica desde el psicoanálisis a la problemática de las psicosis, ha ido variando a través de los diversos autores posteriores a Freud, destacándose algunos autores precursores de la Psicoterapia Institucional, quienes en base a esta experiencia en el ámbito de la Salud Mental se han dispuesto a pensar sus alcances y elaborar una teoría que la sustente: Tosquelles, Daumezon y Oury, principalmente.

La Psicoterapia Institucional, otorga un lugar y escucha particular al sujeto con el que trabaja y dispone a la institución para una tarea determinada en concordancia con esta escucha del otro. En palabras de Oury: “El sujeto psicótico vive en la dispersión en un no lugar; el erra de un punto a otro. El desafío de la psicoterapia institucional es de crearles puntos de anclajes múltiples (transferencias multireferenciales), ocasiones para tejer fantasías de los restos de las operaciones significantes (...)” (Oury, 1980, p.31)

El Movimiento de Psicoterapia Institucional centra su trabajo en el efecto del colectivo, en la institución, en el vínculo social y la restitución de aquello que impide el lazo social con otro. El «colectivo», la «multireferencialidad», la transferencia, el «ambiente», la

«función continente»; son algunos de los conceptos diferenciados que se ponen en juego en este dispositivo en torno a una cura posible del paciente psicótico.

Por su parte, en cuanto a los aportes en torno a la institución, y de los elementos que juegan un papel importante en la conformación del psiquismo, Anzieu y Kaes son referentes fundamentales al lograr articular conceptualmente las implicancias subjetivas y subjetivantes de la institución, realizando importantes formulaciones en torno a la dimensión psíquica de la institución.

Para destacar la importancia de la institución en la constitución subjetiva, Kaes propone como descripción del lugar que esta ocupa, afirmando que: “como el otro, la institución precede al individuo singular y lo introduce en el orden de la subjetividad, predisponiendo las estructuras de la simbolización: mediante la presentación de la ley, mediante la introducción al lenguaje articulado, mediante la disposición y los procedimientos de adquisición de los puntos de referencia identificatorios.” (p27, 2002). En este mismo sentido plantea un elemento central respecto de la labor de las instituciones en general, estas constituirían un soporte narcisístico para los sujetos que hacen parte de ellas. (Kaës, 2002)

Si bien Kaës no trabaja directamente en el tratamiento de pacientes psicóticos, su elaboración teórica ha estado vinculada a otros psicoanalistas que han explorado otros (Anzieu) campos de la clínica, lo que enriquece sus conceptos y permite un diálogo entre su “metapsicología de la institución” y los conceptos generados a partir de la psicoterapia institucional, que apelan a dar soporte a un psiquismo “despedazado”, en el sentido de lo planteado por Bion (1996) en lo que ocurre en las psicosis (identificación proyectiva), donde la grupalidad e institución en este caso permite proveer de envolturas (Anzieu) que no estuvieron en un momento primario (función materna en la psicosis).

En sintonía con lo anterior, otro elemento a considerar es la dimensión de lo corporal y la experiencia que de él se tiene en la psicosis, ya que tendrá suma importancia en el trabajo en instituciones.

Luego de realizado el marco de referencia general, se expondrán antecedentes y fundamentos de la terapéutica institucional, los cuales permitirán responder la pregunta respecto de la función terapéutica.

El problema propuesto tiene como relevancia, aspectos teóricos y técnicos.

Respecto de la relevancia teórica, si bien las temáticas de la institución como dispositivo de intervención y las psicosis han sido bastante estudiadas por autores vinculados al campo del Psicoanálisis Europeo (Bion, Mannoni, Oury), su discusión y análisis en nuestro contexto nacional es escaso, primando una mirada psiquiatrizante y medicalizadora respecto de la enfermedad mental.

La falta de sistematización y de transmisión del trabajo terapéutico con las psicosis y de las experiencias institucionales innovadoras en esta área, implican que el acercamiento y aprendizaje a esta temática sea siempre en forma parcial, desde la experiencia individual, o a través de un acercamiento desde la teoría de manera aislada; lo cual impide generar avances locales, que permitan implementar dispositivos novedosos en el tratamiento de las psicosis (niños y/o adultos), tomando en cuenta nuestra realidad y contexto. En este sentido investigar los conceptos centrales en esta temática, estiman ser un aporte en la transmisión y discusión de estos mismos postulados.

La revisión conceptual de la función terapéutica de la institución, en el campo ya mencionado, significa, además, un aporte a la discusión de la dimensión social de la psicosis, de aquellos elementos que operan en torno al vínculo y al lazo social, que para efectos de esta investigación se pondrán en juego en el espacio institucional.

II. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

2.1. APORTES TEORICOS Y TECNICOS A LA COMPRESION DE LA PSICOSIS

La psicosis entendida desde el psicoanálisis ha tenido distintas conceptualizaciones (la primera de ellas en su diferenciación radical de las neurosis), las cuales, han ido dando lugar a formas de intervenir que se han ido modificando a la par de sus desarrollos teóricos.

Se han escogido algunos autores de este enfoque, que han hecho aportes en términos teóricos y técnicos en el trabajo con las psicosis, y que a su vez se vinculan estrechamente, en un momento posterior, con la terapéutica institucional.

2.1.1 RELACIÓN CON LA REALIDAD: SIGMUND FREUD

Para Freud, la psicosis estará definida por la pérdida de realidad, ante lo cual explicita que “la pérdida de realidad (objetividad) estaría dada de antemano en la psicosis” (1924, p. 193). Esta pérdida de realidad estará dada por un retiro de las investiduras libidinales sobre el mundo exterior, es así como señala que en la psicosis “falta la investidura libidinal de los objetos” (1917, p.378)

El problema teórico a resolver para Freud es entonces el de aclarar los lazos entre proyección y represión, puesto que, en la economía libidinal del psicótico una percepción interna es sofocada, y en su lugar aparece una percepción venida del exterior, dando cuenta de un mecanismo propio de la psicosis. Freud estima que la represión consistiría en un retiro de los investimentos libidinales colocados en las personas u objetos antes amados y que la producción mórbida delirante sería una tentativa de reconstrucción de estos mismos investimentos, una especie de tentativa de curación. Entonces hace la observación, de que lo abolido del adentro (Verwerfung) vuelve del afuera; agrega que el desprendimiento de la libido debe de ser el mecanismo esencial y regular de toda

represión. Después de haber elaborado su segunda tónica, Freud deslindará el campo de la psicosis en un conflicto entre el yo y el mundo exterior, y el campo de la neurosis, en un conflicto entre el yo y el ello (1924).

La pérdida de la realidad, consecuencia de estos conflictos, que se ve en ambos casos sería un dato inicial en la psicosis, en la que es mejor decir entonces que un sustituto de la realidad ha venido en lugar de algo forcluído, mientras que, en la neurosis la realidad es reacomodada dentro de un registro simbólico.

Respecto de la posibilidad de una terapéutica, Freud no desarrolla más allá este punto, puesto que sus elaboraciones teóricas en esta temática no tiene como punto de partida la escucha directa de pacientes psicóticos, su acercamiento será en torno a la biografía de Schreber (1911). Es así como la psicosis para Freud es dejada a un lado en relación a la técnica psicoanalítica que elaboraba en ese entonces, desde donde afirma en 1904: "Las psicosis, los estados de confusión y de desazón profunda, son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis" (p.243). Con esto, a su vez que se plantean obstáculos para el abordaje psicoterapéutico de esta experiencia, también se motiva a la posibilidad de generar nuevos dispositivos de intervención que se adapten a las nuevas necesidades.

2.1.2 LA IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

Melanie Klein (1946, 1930, 1952) realizó un importante aporte en cuanto a la descripción de los mecanismos implicados en las psicosis, centrada en las observaciones de la temprana infancia, momento en el cual se encontrarían los puntos de fijación de todas las perturbaciones posteriores de tipo psicóticas. En sus elaboraciones las "posiciones" constituyen polos entre los cuales oscila la vida psíquica; se definen a través, de la posición

del niño en relación al objeto: características del objeto, características de la ansiedad, métodos defensivos en relación a dicha ansiedad.

Las posiciones descritas por Klein, darán cuenta de su concepción dinámica de la vida psíquica interna, y se organizan en una primera posición “esquizo paranoide” (1946), y una segunda posición “depresiva” (1934, 1938). La posición esquizo- paranoide, se caracteriza por los mecanismos de introyección y proyección en constante acción, con una relación al objeto parcial, las ansiedades persecutorias experimentadas en relación con el objeto generarán como defensa la escisión del objeto y también del yo.

El cambio de la relación de objeto parcial a total marca la entrada en la “posición depresiva”, modificando las ansiedades y, por lo tanto, las defensas. De los tres a los seis meses se observa un mayor desarrollo de las funciones yoicas y de la organización fantasmática del bebé, la instauración del pecho bueno disminuye los procesos de escisión y los estados de integración son cada vez más frecuentes.

En relación al origen de los mecanismos psicóticos, estos se sitúan en la permanencia en posición esquizo paranoide por parte del bebé, por lo que experimentaría ansiedades psicóticas, de desorganización, al no poder integrar la totalidad del objeto. Junto a esto predomina la identificación proyectiva como mecanismo, central en la comprensión de la conformación de la psicosis.

El mecanismo de la “identificación proyectiva”, descrito por Melanie Klein en «Notas sobre los mecanismos esquizoides» (1946) e incluido en sus hipótesis acerca del desarrollo emocional en los primeros meses de la vida del niño, consiste en la fantasía omnipotente de que partes no deseadas de la personalidad y de los objetos internos pueden ser disociadas, proyectadas y controladas en el objeto en el cual se han proyectado.

Este mecanismo de identificación es muy primitivo y funciona en su máxima expresión en los primeros instantes de la vida, cuando aún no está totalmente definida la diferenciación ni la relación del yo con los objetos; es decir que es utilizado en los momentos más regresivos.

La autora, describe los ataques dirigidos contra el pecho y el cuerpo de la madre, basados en impulsos anales y uretrales. La fantasía inconsciente subyacente es que los excrementos y las partes malas del self son proyectados dentro de la madre no sólo para dañarla, sino también para controlarla y tomar posesión de sus contenidos. Como consecuencia, la madre no es vivenciada como individuo separado sino como una parte mala del self, o self malo, contra quien se dirige todo el odio. Es el prototipo de una relación de objeto agresiva.

El resultado del funcionamiento extremo de la identificación proyectiva, conduciría a un debilitamiento o empobrecimiento del yo, por los aspectos que se sienten perdidos al quedar atrapados en el objeto. Una de las consecuencias puede ser el estado de confusión mental con incapacidad de discriminación entre el sujeto y el objeto.

En su trabajo «Sobre la identificación» (1955), M. Klein vuelve a tratar el concepto de la identificación proyectiva, pero ya no sólo con las características patológicas con que lo había estudiado en los artículos previos, sino como un proceso normal de la vida psíquica que interviene en el vínculo de empatía con el objeto. Al señalar la proyección de partes buenas del self en los objetos externos, M. Klein considera a la identificación proyectiva también esencial para el desarrollo ulterior de las buenas relaciones objetales. Es la base de la comunicación normal y de la empatía. Así, es absolutamente necesario que el sujeto se coloque en el lugar del otro a través de la identificación proyectiva, para comprender los sentimientos, la conducta, las actitudes y las reacciones del otro. La identificación vista así, será una herramienta para el trabajo terapéutico con el paciente.

2.1.3. WINNICOTT: IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN MATERNA Y EL AMBIENTE

En este mismo sentido, respecto de la posibilidad de un trabajo terapéutico es que Winnicott avanza en el trabajo clínico directo con pacientes psicóticos. Este autor inglés, sintoniza con los conceptos promulgados por Klein, sin embargo es aún más enfático en la importancia del papel de la madre (1952, 1962, 1965), es así como explica el proceso psicótico como una enfermedad de la falla del papel del ambiente, ambiente que en un inicio está representado por la madre (madre-ambiente); donde el prematuro desinvertimiento de la madre, al no permitir la sustitución de los objetos buenos, fijaría al niño en la posición esquizoparanoide.

Winnicott en sus desarrollos acerca de la psicosis infantil, suministra algunas ideas en relación con su concepción de los cuidados maternos. Para él, la psicosis infantil puede considerarse una enfermedad que tiene que ver con las experiencias del niño en las fases más tempranas. “Todas las otras enfermedades mentales (es decir, las que no son psiconeurosis) corresponden a la construcción de la personalidad en la niñez y la infancia más temprana, junto con una provisión ambiental que falla o no tiene éxito en su función de facilitar los procesos madurativos del niño” (Winnicott, D., 1963, p. 288). A su vez, sostiene que en la psicosis entran en juego y se organizan defensas muy primitivas a causa de anormalidades del ambiente. Para Winnicott la falla del ambiente facilitador genera defectos en el desarrollo de la personalidad y en el establecimiento del self individual y ese resultado se denomina esquizofrenia. Propone que un estudio de la psicosis se debería interesar en clasificar el ambiente y los tipos de anormalidad ambiental además del punto del desarrollo del individuo en el que gravitaron esas anormalidades “[...] la mala salud mental de naturaleza psicótica tiene su origen en los retrasos y las deformaciones, las regresiones y confusiones de las primeras fases del crecimiento de la organización medio-individuo. La mala salud mental surge imperceptiblemente de las dificultades ordinarias inherentes a la naturaleza humana y que dan relieve a la tarea del cuidado infantil, esté a cargo de los padres, de una niñera o del maestro” (Winnicott, D., 1952, s/p). Cuando

Winnicott habla de ambiente facilitador es necesario subrayar su concepción de que al principio no hay bebé solo, sino el bebé y su madre (cuidados maternos) como unidad. Concibe una «madre suficientemente buena» cuyas funciones son el sostén, el mantenimiento y la presentación de objetos. Funciones que de cumplirse saludablemente ayudan al armado del psiquismo del niño sano. También hay que tener en cuenta su teoría sobre los procesos de ilusión-desilusión que le permitan al niño acceder, descubrir poco a poco el exterior.

Para Winnicott si hay fallas en la función materna, la adaptación madre-niño es defectuosa, hay invasión del medio y riesgo de una distorsión de la estructura individuo-medio. Entonces entra en juego una organización defensiva con tendencia al clivaje, para rechazar la invasión del medio. “El niño lleva consigo el recuerdo (perdido) de una angustia impensable y su enfermedad es una estructura mental compleja que lo resguarda contra la recurrencia de las condiciones de la angustia impensable” (Winnicott, D., 1967, p. 871). En cuanto a la atención voluntaria o secundaria, Winnicott refiere que la posibilidad de un niño de investir el mundo se debe a que no haya fallas en el sostén de la madre. En este sentido escribe:

“Durante la fase de sostén se inician otros procesos, el más importante es el alborear de la inteligencia y el comienzo de la mente como algo distinto de la psique. Allí se inicia la historia de los procesos secundarios y del funcionamiento simbólico así como la organización de un contenido psíquico personal, que da base al soñar y a las relaciones de vida” (Winnicott, D., 1960, pág. 57-58).

Así también, la función de sostén cobra relevancia en otorgar la sensación de continuidad al propio ser, lo que explica de la siguiente manera;

“Puede decirse que la protección del yo suficientemente buena proporcionada por la madre (respecto de las angustias inconcebibles) le permite a la nueva persona humana erigir una personalidad sobre la base de la pauta de una continuidad del “seguir siendo”. Si el reaccionar que quiebra el “seguir siendo” se reitera

persistentemente, inicia una pauta de fragmentación del ser [...]” (Winnicott, D., 1962a, p. 79)

Desde este autor, las posibilidades de una terapéutica en las psicosis, serán trabajadas, en torno a los conceptos del espacio analítico como espacio transicional, y la recepción por tanto de los fenómenos de desintegración en la relación establecida con el analista. En este mismo sentido la aplicación del concepto de regresión (Winnicott, 1959) estará considerado en el quehacer clínico como regresión a la dependencia, esto es al proceso primario. La tendencia a la regresión es vista por Winnicott como parte de la capacidad del individuo para “producir su autocuración” (1959, p.166), situación que dará claves al analista de como conducirse con el paciente, en tanto la tendencia regresiva de un paciente psicótico, será parte de su comunicación constante con el analista. “La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tenga éxito.” (ibid).

Un aporte relevante que será recogido posteriormente en la técnica terapéutica con las psicosis, es el que respecta a los «fenómenos transicionales», observados por Winnicott en los primeros momentos del desarrollo en relación con la necesaria separación de la madre. Este término es introducido, junto con el de «objeto transicional» para designar “la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de ésta (Dí-ta)” (Winnicott, 1971, s/p). La idea de esta zona intermedia o tercera zona, permite pensar aquello que está entre el interior y el exterior, “la zona intermedia entre lo subjetivo y lo que se percibe en forma objetiva” (1971, s/p), y en este mismo sentido el poder pensar la terapia como una zona intermedia de creación, sobre la cual se trabajará.

2.1.4. MODELO DE LA RELACION CONTINENTE Y CONTENIDO: BION

Bion, recoge los postulados de Melanie Klein sobre el mecanismo de identificación proyectiva, como mecanismo primario y fundamental en los primeros años de vida. Éste último daría cuenta de lo que ocurre en la psicosis, o más bien en la personalidad psicótica como él denomina a este estado. Agrega además el concepto de identificación proyectiva "patológica", diferenciándola de una normal (1996). La identificación proyectiva patológica emergería producto de un exceso en la acción de este mecanismo de proyección, lo que provocaría una fragmentación violenta del aparato psíquico en múltiples trozos o fragmentos.

Bion (1955), señala que el paciente neurótico puede intentar modificar la frustración ajustándose más a la realidad; en cambio, el paciente psicótico la evita por medio de la negación extrema, la alucinación, la disociación e identificación proyectiva patológicas.

En la psicosis, como consecuencia de estos ataques, puede surgir el temor a la retaliación y el sentimiento de una aniquilación inminente. Este sentimiento adquiere -en ocasiones-la calidad de un "terror sin nombre" (1963) porque el paciente ignora su contenido. Este terror puede provenir de relaciones muy conflictivas que ha tenido en su infancia con una madre que ha carecido de la capacidad de "reverie" es decir, de haber podido recibir y contener sus ansiedades (entre otras, el miedo a morir que experimenta el niño) y de haber logrado transformarlas y devolverlas a su hijo en forma más mitigada y tolerable

Adquiere importancia en la clínica de este estado psicótico, el modelo de la relación continente-contenido.

En 1962, Bion construyó el modelo de «*continente/contenido*», sosteniendo que la experiencia inicial caótica y confusa del bebé necesita de la presencia de un continente que la pueda acoger y transformar -desintoxicarla- en el contexto de la relación con la madre. Para él, el contenido proyectado será emparejado al continente, a condición de que ambos participantes entren en una relación que él llama de *comensalidad*, en donde

cada participante sacará provecho del otro para su propio crecimiento; el continente/contenido así formado, será reintroyectado por el bebé y se desarrollará como el aparato de pensar de éste. Este modelo es abstraído a partir de un aspecto particular del funcionamiento de la identificación proyectiva, según el cual el lactante proyecta una parte de su psiquismo (sus emociones incontrolables), en el pecho bueno-continente, para recibirlas devuelta desintoxicadas y poder tolerarlas (Grinberg, 1991) La vivencia de continuidad entre el continente y el contenido permite que el bebé interiorice al otro como una pertenencia, una prolongación y hasta como dice Winnicott una creación de sí. Permite la instalación del self.

En esta relación, continente y contenido no están diferenciados sino que se producen mutuamente en su interacción.

Las fisuras o grietas en la continencia como función hacen que la madre no interprete lo que el bebé necesita, “no lo entiende”; al no entenderlo se genera un ruido entre ellos que entorpece la comunicación y el encuentro, porque como lo señala Bion la «función alfa» de la madre en estos casos no alcanza a transformar los elementos beta (contenidos proyectados en bruto), la madre no le presta su psiquis al niño hasta que él pueda contar con su propio aparato de pensar y procesar. La función de reverie materna no se cumple. De este modo, el bebé reintroyecta la no contención materna quedando librado al desamparo. Esto es lo que Bion (1963) denominó “terror sin nombre”.

La reintroyección de miedos y ansiedades no procesadas ni transformadas por las fallas en la función continente materna, pone en marcha las identificaciones proyectivas patológicas.

Otro aporte importante de Bion, es haber sido precursor en la técnica de trabajo grupal, en particular con pacientes traumatizados, borderlines y psicóticos. (1979)

2.1.5. CUERPO Y PSICOSIS: G. PANKOW

Considerando el aporte de Lacan y así mismo sus críticas, estas permiten el desarrollo de relevantes aportes en cuanto a las estrategias terapéuticas con psicóticos. Es el caso de la psicoanalista Gisela Pankow, quien se influencia de disciplinas variadas, como la filosofía, la medicina y el psicoanálisis del contexto psicoanalítico francés. Sin embargo, esto no impide que su espacio privilegiado de referencia haya sido su experiencia clínica con sus pacientes, más allá de los dogmas teóricos predominantes (Verney, C., 2006).

Pankow aborda el desafío de la técnica en la clínica de las psicosis, para buscar e indagar en un método que permita la apertura al diálogo con los pacientes psicóticos, más allá de la palabra considerando este nivel de intervención, la interpretación, como contraproducente en muchos de estos casos (Verney, C., 2006)

El concepto central que desarrollará será el de *la imagen del cuerpo*, y en este mismo se centrará en la *doble función simbólica de la imagen del cuerpo* (1974), que implica la función de estructura y la función de contenido o comunicación.

- La Primera función de la imagen del cuerpo: hace referencia a la estructura espacial del cuerpo, en tanto esa estructura expresa un vínculo dinámico entre las partes y la totalidad
- La Segunda función de la imagen del cuerpo: se refiere a la estructura en tanto contenido y sentido (no en tanto forma). Aquí lo importante es la imagen en cuanto representación.

Las funciones de la imagen del cuerpo, según Pankow (1974), estarían en menor o mayor grado comprometidas según las características de la psicosis, y el grado de disociación que presenten.

Esta autora plantea que es necesario reformular el concepto de disociación, presente en la psicosis, sobre todo en el plano de la imagen del cuerpo, definiendo a esta como: “la destrucción de la imagen del cuerpo, destrucción que hace que las partes pierdan su ligazón con el todo para reaparecer en el mundo externo” (1974, p. 88). Así es, como la esquizofrenia se caracteriza por “esta ausencia de ligazón entre el adentro y el afuera, no hay cadenas asociativas que permitan recuperar el vínculo existente entre los restos de esos mundos destruidos” (ibíd.)

Su método denominado “estructuración dinámica de la imagen del cuerpo” (1974) se hará a la base del trabajo con pasta de modelar, como mediador entre el paciente y el analista, quien ofrecerá el espacio y objeto para que el paciente haga algo con él. Una forma de explicar el sentido de esta técnica, se expresa de la siguiente forma: “Con el fin de preparar al enfermo para que se ponga en contacto con el otro, tratamos de hacerle reconocer los límites de su cuerpo” (1974, p.19), en este sentido expresa que “cada porción del cuerpo sentido es terreno ganado en el proceso psicótico, pues el cuerpo tiene estructuras” (ibid)

Señala además que el objetivo del acto de modelar que el terapeuta solicita al paciente, no se orienta a satisfacer las necesidades de este, sino que a “ayudarlo a formular demandas y a reconocer deseos inconscientes” (1974, p. 22). De este modo es posible tratarlo con ayuda de una psicoterapia analítica basada en la dialéctica entre parte y totalidad.

El trabajo con la imagen sólo tiene sentido si se tiene acceso al cuerpo vivido, experiencia que es singular en cada sujeto, y que ligada a la dimensión espacial y presente aportaría a la búsqueda de las primeras dimensiones simbólicas que se ponen en juego en la constitución del cuerpo.

“Quizá las funciones simbolizantes nos den acceso a categorías más originarias y fundamentales que las de “adentro” y “afuera”, puesto que estas implican las funciones de límites y superficie. El descubrimiento del

límite y el acceso a la superficie son justamente lo que debe ocuparnos en este trabajo” (Pankow, 1974, p.22).

Respecto de su concepción de imagen del cuerpo, y destrucción de la misma en el paciente psicótico, existe otro aporte importante que dice relación con la estructura familiar, o más bien el “cuerpo” del paciente y el “cuerpo familiar”. Al respecto, Pankow a través de su trabajo clínico ha permitido poner en evidencia que “las zonas de destrucción en la imagen del cuerpo de los psicóticos y de ciertas enfermedades psicosomáticas corresponden a las zonas de destrucción en la estructura familiar de estos enfermos” (1977, p.48).

La autora hace referencia a que el espacio de modelaje, sugerido por su técnica se encuentra en el “espacio potencial” ¹(1977). Al respecto refiere, que si bien el modelaje se sitúa en el espacio potencial, el objeto modelado no es un objeto transicional, puesto que el paciente no lo descubre como dado, sino que él lo crea (Ibid). Este proceso será posible sólo a través de una simbiosis (en relación con la transferencia), que operará como “bisagra (charnière) en la dialéctica del espacio” (1977, p.45), la cual da acceso a la elaboración de la transferencia y a una posterior cura analítica de la psicosis. En este sentido, sería necesario pasar por el estado de simbiosis con el paciente para posteriormente separarse.

La estrategia de Pankow, intenta restaurar una estructuración dinámica del cuerpo disociado, por un lado dialectizando los lugares simbólicos entre las partes y la totalidad y por el otro vectorizando la Gestalt del cuerpo con el fin de que esta encuentre una inserción simbólica en el registro de una representación.

La autora se refiere a su método no como un análisis, sino como una etapa preparatoria a este, puesto que el psicótico ha perdido la posibilidad de entrar en la dimensión histórica

¹ Concepto tomado de “objeto transicional” y “fenómeno transicional” de Winnicott, mencionados anteriormente

en la medida que su propia dimensión del cuerpo se encuentra disociada; a la inversa “cuando se repara la disociación en el mundo espacial, el enfermo puede entrar en su historia y, por último emprender un tratamiento psicoanalítico ajustado al método clásico, el cual implica abrirse a la dimensión histórica de la existencia” (1974,p.22)

Su método de trabajo con el paciente estará vehiculizado por lo que ella denomina como «injertos de transferencia»: “algo de lo vivido viene a aferrarse al cuerpo del analista (...) estos injertos tocan los objetos que conciernen al analista en su cuerpo”² (K. Verney, 2006, p.24) ,con lo cual el analista ,algo en el serviría de punto de anclaje al paciente. Las formas y la nominación de las mismas, servirá para dar lugar al pensamiento. Para Pankow el injerto es propuesto por el analista, y no creado por él; así mismo este será producido en el espacio transicional. (K.Verney, 2006) De esta manera, el método propuesto de los injertos de transferencia se define “por el acto que permite al enfermo reconocer su deseo” (1974, p. 21), en tanto daría lugar a un proceso de una vivencia de separación del otro y de unicidad del cuerpo vivido.

2.2. LA INSTITUCIÓN

“nuestra subjetividad y nuestra palabra están apresadas, es decir acaparadas por, pero también formadas en, una red de subjetividades y de sentidos preconstituidos y anónimos, de los cuales nos descubrimos como parte participante y constituyente; es esta red lo que se revela al menor análisis como maraña compleja de componentes, niveles y lógicas interferentes” (Kaes, 2002, Institución e instituciones)

2 Traducción propia

La institución ha sido analizada desde distintas perspectivas (filosóficas, políticas, sociológicas, psicoanalíticas, etc...) y dimensiones. Para efectos de esta investigación es de interés revisar algunas conceptualizaciones que desde el psicoanálisis, se elaboran en torno a la institución y sus funciones para el sujeto en general, las que permitirán una posterior comprensión de su particular relación con la terapéutica de la psicosis. Lo anterior, se vinculará con algunas ideas sobre grupos y su articulación con lo psíquico.

En el marco formulado, es fundamental hacer mención a quienes son signados como fundamentales en la utilización de los referentes psicoanalíticos al estudio de los fenómenos institucionales: Elliot Jacques y José Bleger.

2.2.1. LA INSTITUCIÓN COMO DEFENSA: JACQUES Y BLEGER

Jacques (1965), apoyado en los desarrollos del psicoanálisis kleiniano, señalaba que las instituciones cumplen una función defensiva contra las angustias particularmente psicóticas de los sujetos, que remiten a las ansiedades tempranas que Melanie Klein nombró como ansiedad paranoide y ansiedad depresiva. El autor expresa:

"Mi propia experiencia reciente (intervención realizada en una fábrica en Londres en 1951) me ha hecho conocer la medida en que son utilizadas las instituciones por sus miembros individuales, para reforzar sus personales mecanismos de defensa (inconscientes) contra la ansiedad, y en particular contra la recurrencia de las tempranas ansiedades paranoide y depresiva descritas primeramente por Melanie Klein". (1965, p. 460).

Hace referencia a fantasías individuales que son compartidas por mecanismos de identificación que ponen en juego en las instituciones, lo que determinará el carácter de las instituciones, incluyendo tanto las funciones que han sido explícita y conscientemente aceptadas, como las múltiples funciones inadvertidas en el nivel de la fantasía (inconsciente).

Para el psicoanalista inglés Elliot Jacques (1965), las instituciones son espacios, normas y estructuras que sirven para preservar la estructura yoica en constante conflicto entre deseos de autoconservación y sexuales o agresivos.

Para Bleger (1966) de la misma manera en que la personalidad tiene organizadas dinámicamente sus defensas, parte de éstas se hallan cristalizadas en las instituciones; en las mismas se dan los procesos de reparación tanto como los de defensa contra las ansiedades psicóticas³.

Bleger plantea que “el funcionamiento de la institución se haya reglado no solamente por leyes objetivas de su propia realidad social, sino también por lo que los humanos proyectan en ella (por las leyes de la dinámica de la personalidad)” (1966, p. 81). Las personas buscan gratificación, reparación y seguridad en las instituciones, pero muchas veces eso no se da, o sólo se da de manera limitada, a veces la limitación en las instituciones puede ser una fuente de empobrecimiento y estereotipia del ser humano. Para el autor esto se da porque actúan ansiedades psicóticas en las instituciones o estas mismas ansiedades son controladas en la institución por un sistema externo.

Un elemento relevante formulado por este autor, refiere a la doble función de la institución, puede ser tanto un medio de enriquecimiento como de empobrecimiento de los seres humano. En este sentido es que hace la diferencia entre adaptación e integración a la institución y plantea que “lo que comúnmente se llama adaptación es el sometimiento a la alienación y el sometimiento a la estereotipia institucional. Adaptación no es lo mismo que integración; en la primera se exige al individuo su máxima homogenización, en la segunda el individuo se inserta con un rol en un medio heterogéneo que funciona de manera unitaria” (1999, p.84). Cabe destacar de esta diferencia la importancia de la heterogeneidad y de la diferencia de los sujetos que componen la institución, situación que favorecerá la desalienación social (institucional) del sujeto.

³ En el sentido planteado por M. Klein

Otro autor que nos parece relevante para dar cuenta de la institución en cuanto su dimensión psíquica, es René Kaes, quien junto a Didier Anzieu⁴ han desarrollado una vasta investigación en torno a la institución, los grupos y la relación a lo psíquico. Algunas de sus propuestas se hacen relevantes para esta investigación, puesto que articulan las dinámicas institucionales y grupales con las dinámicas subjetivas, dando lugar a una metapsicología de la institución y los grupos.

2.2.2 LA INSTITUCION Y EL GRUPO: KAES

Kaes (2002) plantea que la institución posee una función estructurante, así mismo intenta describir cómo es que opera esta relación con la institución, indicando que se trata de “un fuera de nosotros que es una parte de nosotros: esta externalización de un espacio interno es la relación más anónima, violenta y poderosa que mantenemos con las instituciones” (p.16, *Ibíd.*), en este mismo sentido “la institución es también el espacio extrayectado de una parte de la psique: es a la vez afuera y adentro, en la doble condición psíquica de lo incorporado y del depósito. Es el trasfondo del proceso, pero no podría ser indiferente al proceso mismo. [...] la institución consiste en una doble función psíquica: de estructuración y de receptáculo de lo indiferenciado” (p.27-28, *Ibíd.*).

Para Kaes (1989) en las instituciones y en particular en las agrupaciones que se dan ahí, son depositados aspectos más primarios de la personalidad, aspectos indiferenciados, que tienen que ver con una parte del individuo que satisface sus pulsiones en lo social, es parte del inconsciente, un espacio psíquico que busca satisfacer necesidades.

Kaes retomará lo planteado por Jacques en un inicio, desde la impronta kleiniana, y lo ampliará al proponer que la institución además de ser un lugar para el cumplimiento imaginario del deseo, también es un lugar y una ocasión para armar las defensas contra sus deseos. Esto tiene importantes efectos, pues la realidad psíquica se ve comprometida y

⁴ Kaes y Anzieu hacen parte del grupo de investigación CEFRAPP, en Francia.

movilizada por el hecho institucional: " Nuestra subjetividad y nuestra palabra están apesadas, es decir acaparadas por, pero también formadas en, una red de subjetividades (...) y de sentidos constituidos y anónimos de los que somos participantes y constituyentes". (Kaës, 2002, p.12).

Kaës trata de pensar la relación que los sujetos establecen con la institución, que sería no tomada como objeto total, sino que moviliza la relación de objetos parciales que producen al mismo tiempo idealización y persecución⁵, esto a su vez, crea y re-crea identificaciones imaginarias y simbólicas, y de ello depende justamente, "la cadena institucional y la trama de nuestra pertenencia".

Kaes considera, al igual que Bleger, la existencia de dos polos (en términos generales) de la institución, en tanto producción de los sujetos y estructurante por una parte, y por otra una fuente de lo que él denomina "sufrimiento institucional". Este último concepto, si bien es de gran relevancia, no será desarrollado puesto que se asienta en el ámbito del funcionamiento neurótico, principalmente.

Un concepto enfatizado por este autor, tanto en su trabajo teórico de los grupos, como de las instituciones, es el de «formaciones intermediarias»; subraya que el fundamento psíquico de los conjuntos sociales se da a través de ellas y, constituyen a su vez el fundamento de nuestra psique; *el grupo* en y para la institución sería una formación intermediaria. Tienen que ver con la necesidad de la renuncia a las pulsiones que se da para lograr la creación de comunidades y acceder a la cultura; la renuncia también al predominio de la libido narcisista y la fuerza de la libido objetal por encima de aquella; la necesidad de establecer "medios en común para la realización del deseo, el reparto del placer" y, las representaciones que darán lugar en el marco colectivo en el que se desarrollan, los fenómenos de "pertenencia e identidad".

⁵ Basándose en M. Klein

La identificación, desde Freud, es un mecanismo fundamental en la conformación del sujeto y Kaës lo nombra como "función intermediaria" que permite mantener unidos a los sujetos de la institución. También, piensa al grupo en la institución, como formación intermediaria que a través de las identificaciones, los síntomas compartidos, las alianzas inconscientes y en una realización de tipo onírico (es decir imaginario y simbólico), se vinculan los sujetos con la institución, que puede ser tomada como lugar de proyección de los propios deseos, sea para realizarlos o para defenderse de ellos, uniéndose a los ideales de la institución, a su proyecto, a su espacio: "El fundar una institución, hacerla funcionar, transmitirla, no puede estar sostenido más que por organizadores inconscientes, en los cuales se encuentran aprehendidos deseos, que la institución permite realizar". (Kaës, 1996, p.40).

Las formaciones intermediarias, corresponderían a "Formaciones psíquicas originarias que no pertenecen como propiedad ni al sujeto singular ni al grupo sino a la relación entre ellos." (Kaes, 2005, p.33)

En relación con poder dar cuenta de los funcionamientos del grupo, Kæes propone el concepto de «Aparato Psíquico Grupal», tomando como referencia el aparato psíquico individual propuesto por Freud. En este modelo el trabajo psíquico consiste en la integración, previa transformación, de las excitaciones que amenazan con transformarse en patógenas, estableciendo entre ellas conexiones asociativas. "El aparato psíquico grupal, irreductible a los aparatos individuales, realiza el trabajo de producir y elaborar la realidad psíquica de y en el grupo. Es un dispositivo de ligazón y transformación de los elementos psíquicos y sólo funciona por los aportes individuales. En el grupo, por efecto del agrupamiento se produce cierta combinación de las psiques y este acoplamiento define la realidad psíquica o la psique del grupo" (1999, p.74)

Refiriéndose al grupo y en alusión al concepto de «acoplamiento psíquico grupal» que lo determina, Kaes señala que “es un complejo intersubjetivo en el que se produce una realidad psíquica propia, bajo el efecto del inconsciente de sus sujetos” (2005, p.135), este posee un funcionamiento y una producción psíquica propios y está regida por un determinante interno, organizado por leyes que;

“dependen de las lógicas del inconsciente y de la subjetividad específicamente movilizadas en el agrupamiento intersubjetivo. Esta realidad psíquica está constituida por la contribución (investiduras, representaciones, depósitos, proyecciones, identificaciones transferencias) de sus sujetos, y por las formaciones, complejos y procesos psíquicos que el agrupamiento, según sus necesidades propias, genera. Este nivel lógico es irreductible al que organiza el espacio psíquico de sus sujetos, pero existen formaciones y procesos psíquicos que les son comunes y que constituyen puntos de anudamiento y pasaje entre estos dos espacios” (Ibid, p.135-136)

Kaes se apoya en los desarrollos de Piera Aulagnier relacionados con la psicosis y el autismo, lo que le permite aproximar a los procesos constitutivos de la vida psíquica temprana. De acuerdo con esto, evidencia que en la experiencia grupal emergen y actúan, situaciones homólogas, en cuanto a los efectos de no-separación que en esta situación son llevados al máximo, en la formación inicial del psiquismo. En este sentido, plantea que “El encuentro plurisubjetivo, en un dispositivo que reduce todas las certezas y aumenta las incertidumbres en las relaciones con lo desconocido, constituye una situación potencialmente psicotizante por cuanto las capacidades de defensa y de elaboración se ven desbaratadas. La experiencia del grupo moviliza así los núcleos psicóticos de todo sujeto neurótico y lo condena a pensar en su inmersión en las angustias y en las defensas psicóticas” (1999, p.81)

De acuerdo a Kaes la relación entre grupo e institución, se fundamenta en las formaciones intermedias, la que el grupo constituye para la institución fundamentalmente. Esto es, en el carácter de mediador del grupo.

En este sentido, el autor refiere que “Las instituciones delimitan efectivamente el núcleo básico de la identidad por medio de los grupos. Las instituciones y las mentalidades constituyen los metasistemas que nos contienen organizando nuestros encuadres, sin los cuales no podríamos vivir sino pudiésemos depositar en ellos la parte psicótica de nuestra personalidad” (1997, p.12)

2.2.3. ENVOLTURA GRUPAL: ANZIEU

D. Anzieu se servirá de la metáfora del cuerpo en las metáforas que se refieren al grupo – especialmente el grupo representado como un «cuerpo»- una defensa contra la angustia de fraccionamiento. También comprobó que en tanto el grupo no esté constituido según un orden simbólico, este funcionará como una especie de masa en la que cada uno representa para cada uno “amenaza de devoración” (Anzieu, 1997 p. 77). Posteriormente, tomando como referencia la primera tópica freudiana, este autor propone la analogía del grupo y del sueño, en tanto los individuos pedirían al grupo una realización imaginaria de sus deseos reprimidos.

Parte de sus desarrollos desembocaron en el concepto de «ilusión grupal», que describe la búsqueda de un estado fusional colectivo que se traduciría conscientemente como un “estar bien juntos”, contenido, al cual se “[...]corresponde el contenido latente siguiente: incorporación del pecho como buen objeto parcial, participación de todos en el ideal de omnipotencia narcisista proyectada sobre el grupo-madre, defensa hipomaniaca contra el temor arcaico de destrucción de los hermanos rivales en la matriz materna” (1997p. 78)

Desde aquí, demuestra que “[...] todo grupo, a partir del momento en que se construía como tal y cesaba de ser un aglomerado de individuos, era una proyección y una reorganización de las tópicas subjetivas de los participantes” (Ibid).

Anzieu, se refiere al grupo como una envoltura específica que permite que los individuos se mantengan juntos, considerando este como un entramado de reglas, costumbres, ritos, actos que tienen el valor de una ley, y que tienen que ver con la tarea manifiesta que el grupo se ha propuesto. Lo anterior, permite que el conjunto establezca muy inicialmente un *espacio interno* –el de quienes comparten todas estas producciones comunes- que se separa así de un *espacio externo*, el de aquellos que no lo hacen.

Entre ambos espacios, se establece una interfaz que propone un límite y protege a sus integrantes, actuando como una membrana de transcripción y para-excitación.

Para él, esta membrana tiene dos caras: una externa, que tiene que ver con la adaptación del conjunto a su medio, y otra interna, que sirve como pantalla de proyección de fantasías, imagos y tópicos subjetivos. Ningún grupo puede sobrevivir, afirma, si estas dos funciones no se establecen y mantienen, si estas dos exigencias de todo vínculo humano no son satisfechas. Podemos pensar que la representación fantaseada del propio vínculo cumple también aquí su papel: la recíproca representación interna que comparten los miembros, es una variante del despliegue fantasmático que realizan.

El vínculo no puede así, desde este enfoque, establecerse ni sostenerse si no mantiene una relación de simbolización, apuntalamiento y continencia, de despliegue y de satisfacción libidinal, con el mundo interno (lugar de las relaciones de objeto) de sus integrantes.

Los fundamentos sobre los cuales Anzieu (1986, 1997), desarrolla su teoría y técnica con grupos son:

- El yo individual se representa a sí mismo como una piel psíquica; idea que desarrolló extensamente en su libro *El Yo Piel* (1998).
- Existe grupo, y no sólo agrupamiento o reunión, cuando se ha constituido un aparato psíquico grupal, referencia a desarrollos de Kâes (citado en Anzieu, 1993), con instancias psíquicas grupales (ideal del yo, yo ideal, superyó del grupo), todas ellas envuelto por un «*Yo-grupal*».

- Existen relaciones de isomorfia y de homomorfia entre el grupo interno individual (instancias, identificaciones, figuraciones pulsionales) y el aparato psíquico grupal; uno y otro se originan del aparato psíquico familiar (R. Kaës, A. Ruffiot).
- La imagen del cuerpo y el esquema corporal serán dos de los principales organizadores del grupo.
- El aparato psíquico grupal se organiza a los fines de la satisfacción de las necesidades corporales y psíquicas; es contemporáneo del período infantil de latencia y, por lo tanto, es el lugar de experiencia de los principios de realidad y de constancia.
- El grupo será sede de dos tipos de conflictos estructurales: los conflictos entre el *individuo* y el *grupo*, y los conflictos entre el *grupo* y la *sociedad*.

En el primer caso, la problemática será narcisista; entonces, el grupo desprende las pieles psíquicas individuales y las sutura en una envoltura narcisista grupal.

Respecto del conflicto grupo/sociedad, se puede observar que las dos acusaciones por las que la sociedad busca desacreditar a los pequeños grupos espontáneos corresponden a la forma social y adulta del complejo de Edipo: que algunos individuos se agrupan aislándose del tejido social con propósitos «parricidas» (conspiración, complots, actividad facciosa) o «incestuosos» (encuentros sexuales, perversiones); o que la banda de malhechores combine ambos (robos, violencias, violaciones).

- El grupo reacciona introyectando reglas que garantizan las instituciones, abren un campo de libertad al grupo y permiten una auto-regulación grupal. De allí una envoltura de reglamentos, de vigilancia, de prohibiciones, análoga a la segunda piel (E. Bick), a la coraza muscular (W. Reich). Propongo llamarla la *envoltura muscular grupal*.

Entre la envoltura narcisista y la envoltura muscular grupal, el grupo se construye una *piel psíquica grupal*, extensión al grupo del yo-piel individual y que se constituye por un doble apuntalamiento sobre los yo-piel individuales y sobre el «cuerpo» social. La distinción lacaniana entre real, simbólico, imaginario, puede resultar aquí ilustrativa.

Así, la *piel psíquica grupal real*, delimita un territorio del grupo (espacio ocupado, lugares, temporalidad grupal, ritmo de las reuniones). Es la envoltura continente del objeto del deseo del grupo.

La *piel psíquica grupal imaginaria* corresponde, en cambio, a la envoltura del grupo formada por las fantasías del mismo (por ejemplo, ilusión grupal, fantasías de rotura); también a las metáforas orgánicas del lenguaje corriente relativas al grupo (organismo, miembros, cuerpo místico, etc.) y a la experiencia de la búsqueda, en la situación de grupo, de una continuidad con la piel y la mirada del vecino.

Finalmente, la *piel psíquica grupal simbólica* comprende, los signos de pertenencia al grupo (por ejemplo, insignia, broche, uniforme, tatuaje, circuncisión, etc.), los rituales, las profesiones de fe, etc.

Anzieu (1993) también propone funciones de este Yo-piel grupal derivadas de las descritas para el Yo-piel individual:

Así, el **mantenimiento** de los miembros en torno de un eje director de pensamiento y/o de acción, asegurará la cohesión del grupo; la consistencia de este dependerá de su capacidad para organizarse en un «grupo de trabajo» apoyándose sobre un «supuesto básico» inconsciente y cambiándolo según las circunstancias, como Bion (citado en Anzieu 1993) lo expuso. Existirán distintas consistencias grupales: duras (sólidas) o blandas (líquidas, viscosas), los miembros de una minoría activa serán duros, etc.

La **continencia** comprenderá, a su vez, varias sub funciones:

- Será la envoltura/bolsa con orificios que contiene a los «adherentes» y expulsa a los disidentes (la sala de reunión, las actividades de clausura y de sutura);
- Actuará como borde que delimita un adentro y un afuera del grupo, con una zona transicional (colador de entrada), con fluctuaciones y límites;
- Se situará como *interfase* que pone en contacto el intra-grupo y el out-grupo, con intersticios, frotamientos, erosiones y fisuras en la zona de contacto;

- Incluirá las fronteras que filtran los pasajes (barreras de contacto, abiertas o cerradas, canales de comunicación, control de intercambios, selección de las admisiones, etc.);
- Brindará transparencia u opacidad, rigidez o flexibilidad a la envoltura (la casa de vidrio, el calabozo, por ejemplo).

En la función de ***para-excitación***, el grupo se protege de la violencia de los estímulos externos y de las excitaciones pulsionales, a través de la regulación por homeostasis y feedback. Por ejemplo, los supuestos básicos de ataque y fuga (Bion) activos en la interacción pequeño grupo/grupo grande; de allí la fantasía del pequeño grupo de los «monitores ensartados» (R. Kaës) replegado sobre sí mismo frente al grupo grande; al mismo tiempo que defiende al grupo de la excitación, la superficie excita-da/excitante capta la estimulación (la co-presencia buscada como fuente excitadora, el placer de discutir por discutir; las danzas y trances colectivos).

En relación con la ***inscripción de huellas o significancia***, el grupo establece una envoltura sensible que registra:

- Las huellas de las acciones y de las palabras (actas de las sesiones, bitácora);
- El código por el cual ellas se rigen (por ejemplo, los estatutos, las mociones, los programas) y la jerarquía de los miembros y de los lugares;
- las normas y la cultura del grupo, con miras a su transmisión;
- y que, a través de esos signos, elabora una percepción de la realidad.

La piel individual como sentido común a los cuatro órganos de los sentidos promueve la ***intersensorialidad***, y esta se corresponde con la búsqueda del consenso en los grupos, entre las personas, las funciones y los papeles llamada ***consensualidad***; ella llega hasta la unanimidad más o menos obligada (la minoría debe ajustarse a la mayoría; se vota por mayoría que la decisión ha sido tomada por unanimidad) y la ilusión grupal signa la creencia jubilosa de que el grupo tiene una piel común que suprime las diferencias entre sus miembros.

Individualización del si-mismo concierne, a su vez, a la singularidad del grupo que sustituye a las individualidades de las personas y que se diferencia de los otros grupos en una misma estructura.

El grupo como **recarga libidinal narcisista** cumple una función de *energización*, especialmente asociada a las ceremonias y celebraciones, promueve la intensificación de los afectos.

Finalmente el grupo como **sostén de la excitación sexual** y recarga libidinal objetal, puede promover la erotización defensiva de las angustias de la situación grupal, el hacer el amor en lugar de pensar (libertinaje) y/o el encuentro del amor-pasión; bajo esta lógica, la pareja es enemiga del grupo. También se podría encontrar una descarga del incremento libidinal en la seducción y cumplimiento de la bisexualidad.

Las dinámicas que, exhaustivamente Anzieu expone respecto del grupo como operador psíquico, deben ser tomadas en relación con la especificidad de la clínica a la cual se alude. Para efectos de este estudio, algunos de los elementos expuestos harán sentido con una posible terapéutica en el campo de estudio de las psicosis, es el caso del concepto de «envoltura grupal», que se instalará como función fundamental en el contexto institucional.

III. TERAPEUTICAS INSTITUCIONALES

Las terapéuticas institucionales surgen de la crítica radical del asilo, predominante hasta la segunda guerra mundial. Las transformaciones que siguieron a la crítica, hicieron que el paciente, se ubicara en el centro del objetivo de la curación (Delion, 2001), todo esto con un especial énfasis del carácter humano tanto del paciente como de todos quienes hacen parte de la institución dispuesta para estos efectos.

Sin embargo, el desarrollo de este movimiento no ha estado exento de dificultades de delimitación de su proceso, ejemplo de esto es la confusión del concepto de lo “institucional”, el cual ha sido confundido por el del “establecimiento”; si bien ambos términos son necesarios, no son factibles de ser superpuestos.

En cuanto al concepto de institución es relevante precisar que se entiende por esta desde el marco de la psicoterapia institucional, siendo desarrollado en un momento posterior a la experiencia misma de este movimiento como ha sucedido con casi todas las prácticas clínicas. J. Aymé (1994) acota el término de institución bajo el prisma de hacer una distinción semántica, e indica que

“Contrariamente al uso anglosajón para quienes la institución es el hospital, de donde se desprende la “desinstitucionalización” (antipsiquiatría), para designar la toma a cargo de los enfermos fuera del hospital, institución designa en francés, en principio la acción de instituir, en tanto << todo aquello que es inventado por los hombres en oposición a la naturaleza>> (Littré) . Llamamos más fácilmente al hospital por el término de establecimiento y el proceso en vistas de transformarlo y tratar los enfermos en el tejido social del «desalienismo». La palabra institución no tiene desde la definición en francés una connotación peyorativa. Tiene al contrario implicaciones creativas, transformadoras o incluso revolucionarias.” (1994, p.34)

Lo anterior refiere al aspecto estructurante de la institución, dimensión sobre la cual, podríamos decir, se apoyó el desarrollo de la Psicoterapia Institucional (PI).

Por su parte, a modo de definición de la terapéutica institucional, tomaremos las palabras de Delion (2001) quien plantea que esta sería “[...] el dispositivo de curación necesario en un paciente” (s/n), con el cual apunta al aspecto específico en que la institución se dispone para recibir, alojar, hospedar las necesidades de cada paciente en su particularidad, sean cuales sean sus requerimientos.

Dentro de las terapéuticas institucionales, que son variadas, se recogerá la experiencia y desarrollo teórico de la Psicoterapia Institucional, que servirá para esclarecer la pregunta en torno a la función terapéutica de la institución.

3.1. ANTECEDENTES DE LA PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL

La denominación de “Psicoterapia Institucional”, fue utilizada por primera vez por Daumezon y Koechelin en 1952, para caracterizar el trabajo que años antes había realizado F. Tosquelles en el hospital de Saint Alban, en Francia. De acuerdo al texto de Paulo Amarante (2006), esta expresión sorprende a Tosquelles, pues “[...] *para su entender el trabajo que desarrollaba, se asemejaba más a un colectivo terapéutico*” (2006, p.30), y la institución no aparecía conceptualizada como dispositivo. El carácter novedoso traído por la psicoterapia institucional está en el hecho de considerar que las propias instituciones tienen características enfermas y que deben ser tratadas, rasgo fundamental que dará origen al término psicoterapia institucional.

A pesar de la fecha en que sitúa su nominación oficial, es posible dar cuenta de su acción y puesta en marcha desde antes. Los antecedentes de la Psicoterapia Institucional se sitúan en múltiples ámbitos implicados en su origen, donde es posible encontrar influencias del contexto psiquiátrico y sus avances, del psicoanálisis, y del contexto socio histórico particular de la época de post guerra de 1939-45 (Oury-Michaud, s/f).

Tras las consecuencias de la primera guerra mundial, la revolución española, el nazismo, la masacre del holocausto y la segunda guerra mundial, nace una manera de sobrevivir y una nueva manera de trabajo en el contexto social del manicomio.

Los horrores de la guerra llevaron al extremo a la sociedad en general y aún más a los espacios de trabajo con enfermos mentales, los hospitales psiquiátricos; estos se transformaron así en espacios de sobrevivencia en todo su sentido, pues albergaron refugiados de diversos lugares y disciplinas (arte y filosofía) del contexto europeo.

Considerando los embates de la guerra, sus consecuencias traumáticas y el movimiento generado en las instituciones destinadas a curar, ambas convergen y se relacionan íntimamente en el impulso que, una sociedad golpeada por la muerte y la violencia, toma para sobrevivir y “curarse”. En este mismo sentido, plantea Chazaud (1980) en torno al origen de la PI,

“La terapia institucional parece haberse pues originado en la convergencia de un conjunto de situaciones “traumáticas”, que vinieron a romper los marcos y prácticas establecidos. Como en otras oportunidades, situaciones de excepción y de agudos conflictos acarrearón en su curso una transformación de la percepción. Hasta la horrible experiencia de los campos de exterminio, no hubo un solo factor que no fuese importante para revelar con absoluta crudeza los límites psicotizantes de ciertos tipos de institución, abierta o implícitamente totalitarios. Su imagen no tardó en proyectar su sombra sobre “los muros de los asilos” (R. Gentis).” (p.20)

Por su parte otra condición vinculada al surgimiento de la PI, es la que emerge como resultado de la convergencia entre la psiquiatría y el psicoanálisis⁶, la cual se remonta a 1925, momento de encuentro entre Pinel y Freud (origen de la evolución psiquiátrica), un encuentro que se da en diversos niveles, de la reflexión, de la clínica y de lo epistemológico, pero que en esa instancia no obtiene beneficios prácticos en las estructuras de curación. Es años después, con el fin de la guerra y de la ocupación, que se dará la ocasión de una puesta en cuestión de los viejos dispositivos de curación para los enfermos mentales, sirviéndose del impulso de renovación que le sigue a la Liberación, la cual permitirá innovar en este ámbito; al mismo tiempo que el psicoanálisis freudiano luego de haber invadido el medio sociocultural, penetra el medio médico. (Ayme, 1994)

Si bien la influencia psicoanalítica sirvió para la creación de diversas actividades que se ofrecían en el hospital para los enfermos, a menudo era más “[...] una moda pasajera que un verdadero trabajo práctico y teórico sobre el tejido sociológico y psicoanalítico” (p.32).

⁶ “Doble origen” para Amarante: el psicoanálisis y la psiquiatría pública de Francia

De acuerdo a lo formulado por Ayme en torno a los orígenes de la PI, las condiciones necesarias no serán realizadas más que por una transformación, o una subversión del aparato de curación centrado sobre la acogida, la resocialización y un tratamiento asegurado al más cercano lugar de la vida de los enfermos,

“Las jornadas nacionales de 1945 y 1947 trazan las grandes líneas de esta renovación esperada. Ellas serán retomadas en el combate realizado por el sindicato de los médicos de hospitales psiquiátricos para la modernización del hospital, la multiplicación de los dispensarios, la creación de estructuras extra hospitalarias, el aumento de los efectivos de personal y de médicos. Ya se dibuja el esquema de lo que se llamará más tarde la política de sector” (1996, p.33).

La política de sector, planteará diversas interrogantes relacionadas con la viabilidad de hacer de la PI una política estandarizada, o más bien si es posible conjugar ambas instancias sin ser cooptados por la estandarización de las políticas.

A las condiciones anteriores se añaden, la apertura a la posibilidad de ocuparse de los enfermos uno por uno, en lo que respecta a su singularidad y una escucha personalizada, lo que estará dado por el modelo y visión de *sujeto* del psicoanálisis. Es este el modelo psicoanalítico que va a servir de referencia, pero él deberá adaptarse a las condiciones particulares de este trabajo en un marco colectivo donde la población está compuesta en su mayoría por enfermos psicóticos, aquellos que precisamente no pueden estar tomados a cargo por un solo terapeuta. En este nuevo contexto, una psicoterapia toma como soporte la vida cotidiana y la convivencia con las esquizofrenias, tarea a enfrentar, hacer prueba de inventiva y recoger en contrapartida los efectos formadores de esta nueva clínica. En palabras de Aymé (1994): “Podríamos decir que si la histérica fue la maestra de Freud, la esquizofrenia fue la maestra de la psicoterapia institucional” (p.33).

Otro referente teórico-práctico importante para la PI, serán las transformaciones en salud mental en Inglaterra. Frente a la necesidad de reformar el espacio asilar, surgen propuestas como la “terapéutica activa” o terapia ocupacional, fundada por H. Simon en la década de 1920: “la necesidad de mano de obra para la construcción de un hospital hace que Simon tome algunos pacientes considerados cronicados observando los efectos benéficos de esa iniciativa” (Amarante, 2006). De acuerdo a Amarante (2006), esta es la primera y más fundamental experiencia, tanto para el surgimiento de la comunidad terapéutica como para la psicoterapia institucional francesa.

Oury y Michaud (1973) también destacan el aporte de otras prácticas y figuras importantes para el desarrollo de la PI, como es el caso de Moreno (1889-1974), quien insiste sobre la importancia de una activación del medio y la puesta en valor de la coacción espontánea del operador con el grupo. Por su parte Kurt Lewin (1890-1947) desarrolla el concepto de relaciones dinámicas de reciprocidad que se dan dentro de la noción de campo social, concebido como totalidad dinámica, donde ocurren fenómenos de significación e interacción específicas a ese grupo de personas, creando el término de laboratorio social. Instituye la práctica de seminario y recomienda un estilo democrático de decisiones, así como la apuesta a realizar auto-análisis colectivos. Estos aportes también fueron precedente a la creación de las comunidades terapéuticas.

Así, en 1946 TH Main denomina **comunidad terapéutica** al trabajo que venía desarrollando en compañía de Bion y Reichman, en el Monthield Hospital de Birmingham. Recién en 1959, Maxwell Jones consagra el término y lo delimita como una serie de experiencias en un hospital psiquiátrico inspiradas en los trabajos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion y Reichman. De esta manera, “[...] el término comunidad terapéutica viene a caracterizar un proceso de reformas institucionales predominantemente restrictas al hospital psiquiátrico y marcadas por la adopción de medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas, objetivando la transformación de la dinámica institucional asilar.” (Amarante, 2006, p.25)

Históricamente, la comunidad terapéutica se ubica en el periodo de posguerra antes mencionado, en un contexto en el cual el asilo psiquiátrico “[...] se sitúa en un cuadro de extrema precariedad: sin cumplir la función de recuperación de los enfermos mentales paradójicamente pasa a ser responsabilizado por el agravamiento de las enfermedades” (Amarante, 2006, p.26). La fuerza que estas transformaciones cobran en su quehacer tiene directa relación con la oposición a todo tipo de violencia y no respeto a los derechos humanos, repudiado por la sociedad de la época.

El autor y operador práctico más importante de la comunidad terapéutica será Maxwell Jones. El es quien organiza a los internos en grupos de discusión, grupos operativos, y grupos de actividades; haciendo de la “[...] función terapéutica una tarea no solo de los técnicos sino también de los propios internos, de los familiares y de la comunidad. De acuerdo a Jones, la idea de comunidad terapéutica se basa en “tratar con grupos de pacientes como si fuesen un único organismo psicológico” (Amarante, 2006, p.27). De esta manera, la noción de comunidad busca desarticular la estructura hospitalaria considerada segregativa y cronificante.

De las múltiples personalidades que hicieron parte de este movimiento y de las transformaciones que lo inspiraron, es Francisco Tosquelles, uno de los principales fundadores de la denominada Psicoterapia Institucional. Tosquelles, refugiado de la dictadura de Franco en España, se va a trabajar a Francia, lugar en que se ve enfrentado a la degradante condición de los enfermos. Saint Alban, se convierte en un lugar que alberga activistas de la resistencia, marxistas, surrealistas, freudianos, quienes forjarán más tarde uno de los más importantes movimientos de transformación de la práctica psiquiátrica en Francia. Este lugar pasa a ser espacio privilegiado para denunciar y luchar contra el carácter segregativo y totalizador de la psiquiatría. Tosquelles pregona el principio de la “terapéutica activa” de H. Simon, cuyo objetivo sería “el rescate del potencial terapéutico del hospital psiquiátrico” (Amarante, 2006, p.31)

Las ideas de Simon, de lo que se hizo llamar la terapia activa, consistían en revitalizar, y atribuir responsabilidades de manera activa y organizada a los pacientes que se suponían más a-pragmáticos y agitados (sanar el hospital a través del colectivo); esto implicaba un cambio en la mirada hacia la locura, que obligaba volver la mirada hacia la parte sana de los pacientes. Dentro de esta técnica se hace necesario incentivar una organización general del establecimiento en el que el acento sea puesto en la actividad, la creación de hábitos, fuente de lo que Simon refiere como la “verdadera adaptación a la existencia” (Sauvagnat, s/f). Esto pone de relevancia el lugar del medio ambiente, la actitud del personal hacia los locos, pero también hacia sus pares y la jerarquía institucional tradicional, que sigue hasta hoy y que formaría parte de la alienación institucional provocando la cronificación de los cuidados.

La figura de Francois Tosquelles, quien tras ser el inspirador principal de este movimiento de la psicoterapia institucional, aun sin haberla nominado oficialmente como tal, encarna la dimensión política que atraviesa el movimiento de la PI. Esta referencia dice relación tanto con sus ideas como con su propia biografía. Ejemplo de esto es su condición de refugiado político, de fugitivo de la dictadura de Franco, así como también el rol de ayuda que prestaba en el contexto francés a prisioneros de guerra, quien durante su intento de integrar el ejército francés, llega a cumplir una doble función: “[...] oficial, como psiquiatra, y clandestina, como facilitador de fugas” (Friche, 2012, p. 23.), pasa un tiempo en el campo militar, hasta que es llamado a trabajar en Saint Alban, junto a su director Paul Balvet. Friche agrega en torno a las expresiones de Tosquelles “[...] nos damos cuenta de que muchos aspectos fundamentales de la experiencia de Saint Alban se establecieron en contacto con una vasta y solitaria lucha social y política anterior, dificultando su reducción a una mera propuesta terapéutica de pura extracción clínico-psiquiátrica o psicoanalítica” (p.24).

Las distancias en la concepción de la orientación que debía tener la PI, se harán parte desde los inicios del desarrollo de la misma. Para Friche (2012), el origen de la PI tendrá dos versiones: una primera que refiere a la PI como experiencia pionera surgida por la inspiración trazada por Tosquelles (versión tosquelliana) y una segunda que dice relación con la creación de la política de sector e influencia psicoanalítica estrictamente clínica. Respecto de los lineamientos propuestos por Tosquelles, estos decían relación con la libertad del trabajo propuesto al interior de la institución, con el acento en el intercambio con el exterior, o socialización como elemento central de cura; mientras que por su parte la inserción de la PI en las bases de una política de sector, que daría origen a una política pública estandarizada iba en contra del espíritu que para Tosquelles, emanaba desde la institución. (Friche, 2012)

Si bien entre quienes hacían parte del ejercicio del psicoanálisis había acuerdo en que el dispositivo de curación institucional de ese entonces debía transformarse, y del aporte que en este sentido tenía la PI, existieron diferencias relevantes en torno al lugar que el psicoanálisis debía ocupar en el dispositivo institucional. Las diferentes posiciones estaban representadas, por un lado por el grupo asociado a Lacan y a su clínica, y por otra parte por el grupo liderado por Lebovici (Ayme, J. 1994, Najman T. 2001). Quienes estaban con Lacan y su clínica, donde destaca Oury, eran quienes consideraban que la psicoterapia institucional es el *psicoanálisis en la institución*; por la otra parte el grupo de la XIIIème⁷ con Racamier, Paumelle, Lebovici, Diatkine entre otros, quienes consideraban que quizás se tomaron elementos del psicoanálisis, pero que en ningún caso esta corresponde a un psicoanálisis en la institución. (Najman, T. 2001)

Las diferencias entre los participantes de este movimiento, son diversas expresándose en distintos ámbitos teóricos, prácticos y políticos, sin embargo para quien fue su principal

7 En 1954, en la "XIIIème arrondissement" de Paris fue creada por el Ph. Paumelle una de las primeras realizaciones de la sectorización francesa. Diversas instituciones para adultos y para niños fueron instaladas con un funcionamiento inspirado en las referencias psicoanalíticas del tratamiento de las enfermedades mentales. De esta manera, se hicieron cargo de los cuidados ambulatorios, de la acogida familiar y de talleres terapéuticos. (Naud, s/f)

inspirador, la potencia de la denominada psicoterapia institucional, está en el sentido humano que esta tiene, y en su esencia política, dado que es necesario poner énfasis en el intercambio social y la apropiación de producto de trabajo para una posible curación.

3.2. FUNDAMENTOS DE SU FUNCIONAMIENTO

Como se menciona anteriormente, la psicoterapia Institucional surge en base a una transformación del establecimiento psiquiátrico tradicional, o asilar, que implicó la introducción de cambios radicales en su funcionamiento.

Si bien no existe un marco de trabajo estándar para todas las instituciones que adhieren a esta modalidad de trabajo, se hace necesario dar cuenta de algunos aspectos fundamentales⁸ que caracterizan este tipo de dispositivos:

1. El equipo de trabajo, que en su totalidad estará a disposición de un trabajo terapéutico, dejando a un lado los roles y estatus impuestos desde la profesión y la jerarquía en la organización del establecimiento.
2. La presencia de espacios grupales, los cuales deben ser heterogéneos en su forma de trabajo y espacio, para promover la función de «colectivo», que se describirá a continuación.
3. La importancia de la «vida cotidiana»: Desde aquella situación más simple a la más especializada y compleja, y las interacciones con cualquiera de las personas que rehacen parte de la institución, son igualmente importantes en la cura “todos y cada uno posee un coeficiente terapéutico, puede establecer una relación afectiva con un paciente y ayudarlo a investir un proyecto de vida” (Fontaine, 2004, p.4)

⁸ Se adjunta como ANEXO, las disposiciones que operan en Francia para las clínicas particulares que adhieren a la práctica desde la Terapéutica Institucional, citado en *Schizophrénie et psychothérapie institutionnelle* (Fontaine, A., 2004)

3.3. PRINCIPALES CONCEPTOS DE LA PI:

DOBLE ALIENACIÓN

Oury plantea la diferenciación entre la alienación mental (psicopatológica) y social, ambas existentes en la psicosis. Idea que es retomada posteriormente por los antipsiquiatras considerando las enfermedades mentales como simples efectos de los problemas de la sociedad, tesis que de acuerdo a Oury (Delion, 2005) constituiría uno de los factores de la confusión actual entre resocialización y cuidado.

Una primera alienación, es la que concierne a la alienación del sujeto, en la línea de Freud y Lacan principalmente, por su entrada en el orden del lenguaje y de la problemática del deseo; mientras que la otra, de la línea de Hegel y Marx, le concierne por su entrada en el orden social.

Se parte del principio que la institución psiquiátrica no es automáticamente terapéutica, incluso la institución por su peso podría jugar en contra del cuidado. En efecto ella posee la tendencia a reproducir la alienación social del enfermo mental en la sociedad.

Históricamente las instituciones a cargo de la enfermedad mental operaban con el objetivo de excluir la locura del resto de la sociedad (Foucault, 1976). Las condiciones de vida se asimilaban más a un ambiente carcelario que médico, en donde el paciente era “objetivado”. Además, la institución psiquiátrica presentaba una tendencia a complicar la patología del paciente generando angustias suplementarias. Haciendo referencia a este concepto Oury y Michaud, comentan que

“[...] la alienación social es una dimensión general de la existencia de cada uno, sea este normal o loco. Aparte de sus raíces económicas, históricas, ella releva líneas trazadas por una alienación más profunda: aquella que resulta del acceso al imaginario (estructura especular, yoica⁹, etc) y aquella

⁹ francés: moi que

inscrita en el lenguaje (spaltung, clivaje). Esta alienación profunda es correlativa a la articulación entre el Ser y el Otro. El psicótico- a partir del cual se estructura la psicoterapia institucional- sufre aún más esta alienación en la que se encuentra la mayor parte del tiempo, en la incapacidad de acceder a la escansión de la palabra (la separación en el sentido de Lacan, interrupción en el sentido de Blanchot, la Versagung en el sentido de Freud). La alienación social soporta una estructura desarrollando operadores, los órganos estatales, el aparato familiar, las escuelas, los hospitales, las cárceles, etc. Frente a esta dimensión opresiva, otros operadores se forman, creando funciones de desalienación [...]” (Oury, J; Michaud, G, s/f, s/p)

En el plano funcional, más que intentar desligar ambos conceptos, es útil en el funcionamiento la dialéctica que se produce entre ambos;

“[...] esto nos lleva a poder responder dos aspectos en la estrategia terapéutica general para un paciente: saber articular lo más cerca de su problemática personal los medios para trabajar su alienación psicopatológica por los acercamientos psicoterapéuticos y aquellos de su alienación social por las aproximaciones institucionales”. (Delion, 2005)

En este sentido, es necesario considerar los múltiples factores implicados en la alienación, y a través de esta comprensión “[...] esperar desarrollar un proceso dialéctico que se opone a cualquier serialización, luchando contra lo que Sartre llama practico-inerte, de otro modo dice, mantener el abordaje multidimensional de toda problemática a fin de garantizar una heterogeneidad de la estructura” (Oury, J, Michaud, G, s/f, s/p)

Así, el movimiento de PI, considera que es necesario curar la institución psiquiátrica, desalienarla para garantizar el carácter terapéutico de la toma a cargo del paciente.

EL AMBIENTE

El movimiento de PI utiliza el término de ambiente para designar el cuadro relacional general de la institución.

En el contexto de trabajo con pacientes psicóticos cobra relevancia este término que dará cuenta de un exterior, de la relación por lo tanto entre un adentro y un afuera, que en la psicosis no está claramente delimitada, y que nos conduce a pensar la relación con el objeto, y su constitución.

Cabe destacar el aporte de Winnicott a este concepto puesto que es quien instala la noción de «ambiente», ligada a la función materna; la nombra madre ambiente y refiere que es la encargada de hacer de soporte y guiar el encuentro con el objeto, que será en un principio ella misma. De esta manera, el ambiente dará cuenta de ese espacio “entre” sujeto/objeto, dentro /fuera, o bien “transicional” en palabras del mismo autor.

El trabajo en y con el ambiente, implica entonces la responsabilidad de generar un ambiente/espacio que favorezca el encuentro con los otros, encuentro dificultado en la psicosis; aquí la circulación de la disposición de los espacios y tiempos es relevante para que esto ocurra.

Es necesario ofrecer al paciente espacios diferenciados que puedan constituir para él una real posibilidad de elección y así producir los efectos positivos permitiendo que emerjan los elementos del aparato psíquico del paciente, los que pueden ser objetos persecutorios, despedazados y sentimientos de desorganización en general. El paciente podrá reencontrar e invertir cada uno de los miembros de la institución, se atribuye un rol, se instituyen con ellos relaciones y se integra en la vida del establecimiento. En este sentido, “para que pueda haber multi-investiduras hacen falta puntos de “referencialidad” múltiples. No se requiere simplemente un cierto espacio, necesita la posibilidad para los

pacientes no solamente de acceder a tal o tal lugar (...) sino también de circular, caminar, descubrir, encontrar espacios o personas diferentes”(Oury, 1998, p.3)

Para permitir el encuentro, es necesario garantizar la “libertad de circulación” (Oury, 1998) del paciente a fin de poder investir todos los espacios diferenciados, igual que todos los miembros del grupo. La libertad, en tanto que sistema abierto, permite al paciente de reencontrar su estatuto de ser humano y de no estar más sumido a las fuerzas alienantes de la institución psiquiátrica.

J. Oury (2007) habla de « pathoplastia », con lo que se refiere a la influencia del ambiente en las patologías, es decir que estas varían en función de las épocas y los lugares. Según esta idea existiría una pathoplastia individual e institucional.

TRANSFERENCIA

La transferencia se define como “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos (...) Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad” (Laplanche y Pontalis,1996, p. 439)

Freud en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915)*, en donde se grafican las dificultades del proceso transferencial traspuesto en un lugar de objeto de amor¹⁰, toma el enamoramiento como relación transferencial posible y compleja de manejar. Esta dificultad está dada porque el sujeto al que se le supone saber, se encuentra inserto en una cadena psíquica que el paciente ya tiene internalizada, reviviendo en la transferencia la relación del sujeto con las figuras parentales, así como la ambivalencia pulsional de estas relaciones.

Este proceso, denominado como transferencia, es la base de toda psicoterapia, y así mismo de la PI. De acuerdo al estudio realizado por Delion (s/f), la transferencia es uno de los conceptos más interrogados en la psicoterapia de las psicosis.

10 Tomando como referencia el caso de Breuer y Ana O

En la cura psicoanalítica, la transferencia es la proyección, por el analizado, de contenidos del inconsciente sobre la persona del psicoanalista que le aparece entonces dotado de cualidades muy diferentes a su realidad. Es por el análisis de estas proyecciones que el proceso analítico va a dar lugar, con el tiempo, a una toma de conciencia progresiva de las problemáticas a las cuales el analizante es confrontado.

En el marco de la psicosis y el movimiento de PI, Oury pone en evidencia¹¹ las nociones de “transferencia disociada”¹² y de “transferencia multireferencial” (Tosquelles) lo que explica cómo el paciente psicótico, quien ha construido con el mundo una relación objetal singular, no puede transferir sobre la sola persona del analista como en el caso del neurótico en el tipo de cura clásico freudiano. El paciente psicótico podría proyectar su representación psíquica del mundo sobre la institución. Él podría investir de manera parcial y en diferentes niveles, personas, cosas, espacios...etc, lo que alude en parte a lo que los kleinianos llaman “identificación proyectiva patológica”. Por este tipo de reconstrucción de relación al mundo, el paciente actualiza en la “transferencia institucional” las modalidades según las cuales él se construye a sí mismo.

La dificultad del trabajo, desde esta perspectiva estará en reparar y reunir las diversas investiduras heterogéneas, idea que lleva a Tosquelles a hablar de “constelaciones transferenciales”. Siendo la constelación el conjunto de personas investidas en el espacio institucional, en la cual se encuentran reunidos, los fragmentos proyectados de un sujeto psicótico (Delion, 2001). Así es, que la relación transferencial entre el paciente y el cuidador no es más una relación dual, ésta se amplía: es toda la institución que viene a participar del vínculo transferencial.

11 Apoyándose en los trabajos de Lacan, Klein, Resnik, Pankow, Rosenfeld y otros (Delion, 2001)

12 “«la transferencia disociada». Es una hipótesis, esto quiere decir que existe una transferencia dispersa que puede manifestarse no solamente sobre el terapeuta que lo ve una vez por semana, sino toda la semana -entre sesiones” (Oury,1998,p.2)

En cuanto a la transferencia, se hace indispensable retomar las nociones formuladas por Pankow que se encuentran a la base de lo planteado por Oury, especialmente la noción de una transferencia “por trozos” (parcial), la que se organiza de acuerdo a la vivencia de un cuerpo despedazado y desintegrado. Adquiere aquí también importancia la relación entre el espacio y el cuerpo: no puede haber acceso a las estructuras psicóticas si no es a través del espacio, y que no hay temporalización antes de que se haya delimitado su propio espacio. Y el primer espacio, el representante de todos los espacios, es el espacio de su cuerpo. Cuerpo que en el psicótico no es el de él sino que más bien es el cuerpo materno, que no fue regresado.

Oury cita a Pankow: “el cuerpo es el modelo estructural del espacio”, por lo que una dimensión importante ligada con la libertad de circulación y la posibilidad de investir transferencialmente, dice relación con la necesidad de trabajar las nociones de espacio/cuerpo en la institución.

La reconstrucción en la transferencia, transferencia parcial, de la imagen del cuerpo, tendrá un sentido de “tener lugar”¹³ (Oury, 2005); le otorga una dimensión de existencia y de continuidad que no estaba presente.

Para que esta transferencia sea acogida, y tenga lugar, será necesario permitir la circulación, o como Oury refiere “libertad de circulación”, que deben ser leídos permitiendo el libre movimiento a través de los diversos dispositivos y personas que hacen parte de la institución.

El trabajo de la institución terapéutica permitiría alcanzar las condiciones requeridas para la emergencia de la transferencia y de investir sin producir los efectos alienantes. Así, para favorecer los procesos de transferencia, es necesario hacer posible los encuentros con los cuidadores, y los otros pacientes. Esto puede hacerse en las actividades terapéuticas, sociales o culturales que se organizan en la institución.

13 Término francés: “Tienant lieu”

EL COLECTIVO

Para J. Oury uno de los principales conceptos, que fundamentan la acción terapéutica en la Psicoterapia institucional, corresponde a la noción de Colectivo, la cual intenta esclarecer en su dimensión psicoterapéutica, en su texto homónimo *Le Collectif*¹⁴(2005).

La acción a la cual hace referencia, consiste en dar lugar a sistemas colectivos (agrupaciones), y al mismo tiempo preservar la dimensión de singularidad de cada uno. En esta bifurcación de lo plural y lo singular se asentará la noción de Colectivo.

El colectivo, es descrito por Oury (2005), como una “máquina asbtracta” (machine abstract), que da el orden a lo que Tosquelles llama la polifonía y las multireferencias, siendo estos también efectos de este colectivo. “El colectivo, será quizás una máquina de tratar la alienación, todas las formas de alienación, tanto la alienación social, cosificante, producto de la producción, como la alienación psicótica” (Oury, 2005, p.26)

Otro termino fundamental como efecto de colectivo es el de “encuentro”(rencontre), lo que implica que es necesario que el colectivo pueda estar orientado a favorecer los encuentros, no en un sentido concreto o formal, sino que un encuentro de subjetividades, que tenga relación con la puesta en juego de la transferencia.

En este sentido Oury rescata la idea de que en la transferencia, y el encuentro existe algo del orden de la creación, y no de una mera repetición, es decir el carácter creativo que también hace parte de la transferencia y que posibilita una curación a través del vínculo. Se plantea que el colectivo es “un sistema que permite la emergencia de algo, que permite que haya simplemente vida, y que esta no sea apagado por las artimañas represivas” (Oury, 2005, p.55)

14 Las citas son traducción propia

En relación con lo anterior, el autor formula el término “función diacrítica”, para dar cuenta de la función de diferenciación del colectivo. Función que permite “distinguir cosas que son confusas, mezcladas” (Oury, 2005, p.23). La función diacrítica del colectivo apela, a la distinción en las situaciones cotidianas, de lo que se refiere a los diferentes registros (real, simbólico, imaginario), así como la distinción de las identificaciones primaria, secundaria o identificación proyectiva.

La constelación está en directa relación con la acción del colectivo, en el sentido que se establezcan vínculos e intercambios con diversas personas de la institución. En el caso de un paciente difícil que está mal, es posible reunir y trabajar con la constelación y el paciente se moverá a un mejor estado, sin necesidad de abordarlo directamente. “Lo que importa no es establecer relaciones directas con uno y otro paciente, sino las relaciones indirectas, teniendo en cuenta una estructura colectiva, y de sistemas de “mediación”. (Oury, 2005, p.56)

El colectivo es entonces un eje fundamental, puesto que su “ finalidad esencial es de hacer funcionar todas las estructuras institucionales en una dimensión psicoterapéutica”. Esto lo explica Fontaine (2006):

“Se trata de un colectivo pensante (cuidadores y cuidados, algunos en reuniones específicas y los en el seno del club) ocupado en construir una real cavidad psíquica en el seno de la cual los pensamientos mezclados arañados de unos y otros podrán ser depositados y seleccionados. Es el entretejido de un entorno significativo- la constelación de personas que cuenta para el paciente o la construcción del analista a partir del conjunto de imágenes o pensamientos que fluyen en él durante la sesión- que hacen posible la ligazón intrapsíquica y la simbolización.” (p.6)

Un elemento importante en esta función del colectivo, es el hecho que requiere de una determinada estrategia, y de la decisión en cada actividad y diferenciación de los espacios

y situaciones. Si es que no hay un esfuerzo en estar permanentemente diferenciando registros y tomando decisiones en el trabajo terapéutico, esto puede dejar de cumplir esa función, caer en la inercia y por lo tanto dejar de ser un espacio de potencial cura para los pacientes.

EL CLUB

El club es un sistema de mediación en la vida cotidiana. Esta es una impostura colectiva, puesto que existe en tanto es posible de ser leída por la función colectivo. El club terapéutico es una estructura de tipo asociativa que toma a cargo las actividades de mediación propuestas en la institución. Este ha sido posible por la circular del 4 de febrero de 1958 que señala la importancia de la intervención de una asociación en la organización del trabajo terapéutico y permite que el dinero recolectado no sea propiedad de la institución sino de sus miembros.

Él está compuesto de cuidadores y de pacientes, o de pacientes solos. Los cuidadores están allí en tanto que consejeros. Un presidente, un secretario y un tesorero son elegidos. Una asamblea general con todos los miembros tiene lugar cada semana, momento para debatir, tomar decisiones concernientes a las orientaciones del club.

El objetivo inmediato es de organizar la vida cotidiana asumiendo la responsabilidad de las compras de la despensa de cada taller (cafetería, taller creativo, diarios...).

Fontaine (2006), distingue algunas funciones del Club:

1. La función principal del Club es generar ambientes donde sea posible ver la importancia a propósito de la «pathoplastia»
2. Estimular a través de la circulación del dinero, de los bienes y decisiones que conciernen el colectivo en su conjunto, una mezcla de afectos y de identificaciones

3. La simbologénesis: las reglas del funcionamiento del Club obedeciendo a la palabra como previa a toda decisión, sea esta para financiar un taller u organizar una salida.

Los objetivos sub yacentes son de proponer una “tablatura institucional” de espacios y de tiempos posiblemente utilizables por el paciente, de vivificar el ambiente en el cual transcurren los cuidados limitando las actitudes de dependencia frente a frente los cuidadores. De hecho esta estrategia, permite introducir la diferencia entre los momentos de la jornada y conducir al paciente a escoger, ir o no al club.

Definido como sistemas relacionales, hay una función de resocialización. Dejar un momento su estatus de enfermo para jugar en otra escena.

J. Oury habla de la «función club », como un operador , el cual produce efectos: circulación de objetos, de dinero, de afectos. La función club organiza la vida cotidiana en el hospital y responsabiliza los pacientes sobre las actividades para cuidar el hospital luchando contra los mecanismos de alienación. La función club permite al paciente ser co-actor de su cuidado pasando por espacios de intercambio, de actividades asociativas y por toma de responsabilidades. (Oury, 2005)

Así, el club serviría para mantener la heterogeneidad, y es una herramienta útil para sanar el establecimiento.

IV. FUNCIÓN TERAPÉUTICA DE LA INSTITUCIÓN

“Los trastornos psicóticos- que dan cuenta de alteraciones profundas en el sentimiento de existir-se organizan precozmente, probablemente desde el periodo de formación de la ‘envoltura de memoria’ (...) una suerte de sentimiento interno definitivo de haber compartido y construido algo con otro. Se trata del Yo piel de Didier Anzieu, constituido por un doble nivel(...) a partir de las funciones de la piel y mediante la ilusión que le provee la madre de una piel común, el que servirá de modelo organizador del yo y del pensamiento” (Fontaine, s/f)

La referencia tomada para definir a que nos referimos con el concepto y uso de función, es retomada por Oury y Tosquelles, escogiendo su definición del campo de las matemáticas. Desde esta área, una Función matemática es la correspondencia o relación “f” de los elementos de un conjunto A con los elementos de un conjunto B, donde todos los elementos de A están relacionados con los de B (Tosquelles, 2003). Se grafica así que al hablar de función, se hace alusión a una parte, en íntima relación e interdependencia con otra.

¿Por qué entonces referirnos a la posibilidad de una «función» terapéutica de la institución?

En el contexto del trabajo con personas psicóticas, la institución adquiere una dimensión distinta y específica próxima a la función del grupo para las personas neuróticas. Se hace esta diferencia puesto que la psicosis entra en conflicto con el establecimiento de vínculo grupal, ya que no existe la vivencia de unidad yoica, y las múltiples proyecciones que operan en el campo de la institución trascienden los grupos organizados y dispuestos en un tiempo y espacio determinado, se requiere por tanto del contexto institucional y su «función» de articulación de sus instancias.

La institución otorgará la posibilidad de reconstituir los lazos sirviéndose de la diversidad de espacios/grupos, pero principalmente articulada por la función del «colectivo», que ya hemos descrito como uno de los ejes principales de la PI. La que por lo tanto, es central en la función terapéutica de la institución.

En conjunto con el colectivo, que ya hemos identificado como parte de la función terapéutica de la institución, podemos identificar otras funciones que se agregan a esta configuración de la función terapéutica de la institución, como son la «función fórica» y la «función continente».

Kaes (2005) desarrolla el concepto de «función fórica» como una de las funciones del grupo, y es retomada por Delion (2012) como una función de la institución en la terapéutica con niños y adultos psicóticos, en contextos institucionales.

Kaes (2005) se refiere a la *función fórica* como una manera de reconceptualizar el vínculo y la define como “las (funciones) que cualifican a la portancia (phoria) y a la metáfora. Son cruciales en toda disposición del vínculo intersubjetivo y están estructuradas según la doble determinación intrapsíquica e intersíquica” (2005, p.217), “estas funciones fóricas, de representancia, mediación, significancia, acción, reciben un sostén del adentro (de los grupos internos) y del afuera (del conjunto intersubjetivo)” (p.219). Refiere, la importancia de considerar las funciones fóricas en la lógica de funciones intermediarias, las cuales define como “los procesos de ligazón y los resultados de estos procesos Son formaciones intrapsíquicas e intersubjetivas. Hacen puente entre dos elementos distintos, permiten pasar de un pensamiento a otro, de un sujeto a otro” (p.220)

La dimensión a la cual hace referencia Kaes, es posible de ser analogada a los espacios de juego de Winnicott, los cuales en la acción, generan un espacio común.

Podemos constatar a través del recorrido realizado, que la PI aborda esta dimensión de lo fórico, de portancia; en tanto “toma a cargo” al paciente a través del tejido de dispositivos con los cuales cuenta. La relevancia aquí tiene relación con las características de los pacientes, quienes han sido dañados a nivel de las funciones intermediarias, de ligazón y de portancia materna, “las formaciones intermediarias presentan **un interés metodológico**, puesto que las situaciones de crisis y de ruptura atacan prioritariamente a esas formaciones” (p.221)

En su texto *Crisis, Ruptura y Superación (1997)*, Kaes desarrolla ampliamente, los efectos de la crisis como ruptura de las ligazones internas psíquicas, y la ruptura de la dimensión intersubjetiva. En este propone, un «análisis transicional», que se encargue de volver a “suturar”, allí donde hubo ruptura para acceder al vínculo.

Así mismo, la idea de lo fórico, en su sentido de “portancia”, y de transporte lo vincula estrechamente con el concepto “transferencia” y la función que esta tiene en la institución. Como algo del otro, que se debe así mismo portar, y en el caso de la institución y del paciente: “hacerse cargo del otro”.

Delion (2012) por su parte, se refiere a la función fórica directamente en analogía al *holding* (Winnicott). Toma esta referencia teórica que da cuenta de los primeros cuidados del bebé, “es por la continuidad de los cuidados maternales justo antes y justo después del nacimiento que la aventura del *holding* comienza” (p.21).

Para dar cuenta de lo fórico, Delion (2012) cita a Winnicott en referencia a la función de *sostén*, como aquello que “protege de la agresión fisiológica; toma en cuenta la sensibilidad dérmica del infante -el tacto, la temperatura, la sensibilidad auditiva, la sensibilidad visual, la sensibilidad a la caída (a la acción de la gravedad)- y su desconocimiento de la existencia de nada que no sea el self; incluye la totalidad de la rutina del cuidado a lo largo del día y la noche, que no es la misma para dos infantes cualesquiera, porque forma parte del infante, y no hay ningún par de infantes que sean iguales; también sigue los minúsculos cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y desarrollo del infante.” (Winnicott, 1961, s/p). Para el autor, esta conceptualización es fundante en la reflexión que respecta a lo institucional, y será una de las misiones de la institución, el proponer un «cuadro fórico» a los pacientes. (Delion,s/f)

Junto a lo anterior, es posible diferenciar un segundo y un tercer nivel a partir de la función fórica (Delion, 2012):

2º La función «semafórica», que alude a portar los signos de sufrimiento psíquico del paciente que no pueden ser siempre expresados por el lenguaje hablado de la palabra,

y que se expresa en las actitudes contra transferenciales de los cuidadores frente a la transferencia de la cual ellos son sujeto.

3º La función «metafórica», que sería una manera institucional de facilitar el trabajo de transformación de los elementos beta bizarros que invaden el campo transferencial de las personas psicóticas; principalmente permitiendo la emergencia de la puesta en palabra.

En síntesis: En la institución, la instauración de un marco a nivel fórico, es lo que permitirá a la persona psicótica poder mostrar como habita su cuerpo y como desde este lugar del cuerpo, él habita el mundo. Por su parte, el equipo será habitado por los elementos beta provenientes de la persona psicótica, quienes serán portadores de sus signos e impases a nivel semafórico. Cada uno de los cuidadores, miembro de la constelación transferencial va a ser llevado a hacer su trabajo de empatía metaforizante para ir hacia una comprensión de la psicosis; el ejercicio de la función alfa será traspuesto en la función de cuidado encarnado por todos quienes hacen parte de la constelación para pensar juntos la imagen del cuerpo de ese paciente. (Delion,s/f)

Cabe precisar, en relación con lo fórico, la importancia de la «función de continencia». Concepto trabajado inicialmente por Bion en la relación continente-contenido, el cual precisamente ha cobrado relevancia en el tratamiento de sufrimientos muy primitivos, permitiendo abordar situaciones difícilmente accesibles por otros medios. (Mellier, 2005)

Por su parte Winnicott, con las funciones que corresponden a la madre (*holding, handling, presenting object*), presenta la idea general de un entorno continente. Se agrega la idea, de portar, sostener y contener en el centro de su pensamiento. El inaugura un tipo de conflictualidad primitiva que asocia la integración psique/soma y la cuestión de la diferenciación sujeto /objeto.

La noción de Yo Piel de Anzieu (1998), extiende este concepto, explorando del lado del cuerpo, las vicisitudes de este límite entre el sujeto y el entorno. La concepción del Yo Piel, y posteriormente de la del Yo Piel grupal, integra como una de sus principales funciones

La **continencia**, con sus subfunciones de envoltura, de borde, de interfase, frontera. Con lo que se evidencia su rol de organizador «intra» e «inter» subjetivo, de límite pero también de intercambio.

Será la flexibilidad o la rigidez de la *envoltura grupal*, la que podrá dar cuenta de la posibilidad de intercambio, situación relevante a observar en los grupos que componen y que generan (o no) intercambios en la institución

En este sentido la continuidad de la función continente, permitirá acoger y recomponer los fragmentos de la imagen del cuerpo, cuando las angustias ponen en peligro la sobrevivencia psíquica de los pacientes (Delion, 2012). A lo que es posible añadir, la relevancia del *colectivo* en su función de contención y de envoltura, generada por el trabajo de lectura permanente de lo que transcurre en la institución, a razón de la circulación de los pacientes.

V. REFLEXIONES

A través del recorrido realizado, es posible consignar la necesidad de demarcar puntos de referencia iniciales en torno a la concepción de la problemática de las psicosis.

Así es, como las referencias escogidas en esta investigación, dan cuenta de una apuesta en el trabajo con pacientes psicóticos, de que algo allí puede movilizarse, en una dimensión de creación. Creación posibilitada por el espacio potencial, por el “entre” de la relación transferencial ofrecida, y por el espacio/cuerpo que se dispone por parte de la institución.

Como precisa Oury, en torno a la Psicoterapia Institucional, no cualquier institución podrá ofrecer este espacio, puesto que debe haber una decisión y concepción de que en la psicosis hay un sujeto, y una posibilidad de establecer una relación transferencial.

Así mismo, el dispositivo institucional deberá proponerse una organización y un trabajo constante de lectura de lo cotidiano, de los intercambios entre los espacios y grupos heterogéneos. Esto implica un esfuerzo del equipo, que cuando es omitido o rutinizado se pierde en “lo mortífero” de lo estático o inerte de la institución. Es precisamente en la *diferencia* de los espacios y actividades, donde se encontrará la posibilidad de creación y de encuentro de sentido.

Es relevante aquí los aportes teóricos-metafóricos en torno a lo corporal y la envoltura que se apuntala en lo real, y así mismo crea psiquismo. Es metafórica desde la propuesta de Anzieu del Yo Piel, pero también desde lo planteado por Pankow, adquiere una dimensión de la realidad de conformación de ese cuerpo/espacio que se configura en la persona psicótica, en forma parcial y desintegrado.

Es en esta comprensión de la dimensión de lo real (de lo real del cuerpo) que el trabajo en la especificidad de esta clínica plantea un desafío en cuanto al lugar del cuerpo de quienes conforman el equipo de cuidado. La pregunta por la institución y su función se dirige en parte, a obtener una comprensión de lo que se necesita como dispositivo, qué nivel de contención y de soporte es allí necesario; lo cual se responde reforzando la necesidad de la institución como soporte y articulador de un trabajo que requiere una estructura (una envoltura) que contenga también al equipo.

“Terapeuta e institución son investidos como una matriz transferencial que contiene, a partir de la cual los pacientes pueden revivir (o vivir) relaciones infantiles de dependencia y de omnipotencia destructivas y sobreponerse gracias al análisis de la transferencia” (Fontaine, 2004, p.5)

Aún así, considerando la importancia de su función con objetivos de cuidado y de reestablecimiento de lazos, la institución no estará exenta de peligros y riesgos. Como ya se mencionó antes, el de la rutina y la detención de la dimensión creativa; también está la reproducción por parte de la institución de los sistemas más amplios de los cuales depende, de las políticas que la rigen. Esto es claro en los planteamientos que Lourau realiza, y su crítica a la Psicoterapia Institucional respecto de pretender abstraerse de la dimensión política.

Respecto de la importancia de la dimensión política en la terapéutica institucional, Fontaine señala,

“El proceso de institucionalización mira a transformar el grupo en colectivo y solicitar la producción de transferencia: transferencia de trabajo y psicoterapéutica propiamente tal, la una no va sin la otra. Administrativos, terapeutas, tratantes y pacientes pueden encontrarse más allá del estatuto de cada uno. Jean Oury subraya también la congruencia de lo político y lo psicoanalítico. Una decisión política tiene efectos psíquicos inconscientes inmediatos sobre la organización pulsional de cada uno. Este enmarañamiento pulsional entre organización misma del trabajo y el hecho psicopatológico tiene repercusiones directas sobre el tratamiento de los enfermos” (2006, s/p)

Por otra parte, respecto de los peligros y riesgos, que hacen parte de esta clínica que utiliza el dispositivo institucional y grupal como herramienta terapéutica para la psicosis,

se incluye la tendencia a encerrarse y rigidizarse por efectos de la misma patología que trata. Esto es posible de evidenciar en las importantes dificultades de transmisión y de intercambios con el exterior que suelen darse en estas instituciones, así como la dificultad para elaborar y transmitir lo que en ella se hace.

Finalmente, es posible consignar la necesidad de generar nuevas conceptualizaciones, de crear nuevas metáforas, y nuevos dispositivos (recogiendo las experiencias previas) para avanzar en el desafío que plantea el tratamiento de la psicosis, considerando esta “forma de existir” en su *dimensión psíquica*, en la multiplicidad de términos expuestos en este estudio aproximativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amarante, Paulo (2006) Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil/ Paulo Amarante, con prólogo de Gregorio Kazi- 1° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: asoc. Madres de Plaza de mayo.

2. Anzieu, D. (1986) El grupo y el inconciente. Lo imaginario grupal. Biblioteca Nueva Madrid.
3. Anzieu, D. (1997) Crear y destruir. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
4. Anzieu, D. (1998) El Yo Piel. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
5. Anzieu, D. (1993) El yo piel familiar y grupal. En Gruppo nº 9. Extraído el día 5 de febrero de 2014 desde <http://es.scribd.com/doc/38284462/Anzieu-El-Yo-Piel-Familiar-y-Grupo>
6. Ayme, J. (1994) « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle » en Delion, P. Actualités de la Psychothérapie Institutionnelle, Vigneux, Matrices. Traducción propia
7. Barremblitt, G. (1991) La concepción institucional de la transferencia, en El espacio institucional, comp. Acevedo, M.J., Volnovich, J.C. Buenos Aires. Editorial Lugar
8. Bion, W. (1963) Elementos del psicoanálisis. Buenos Aires Paidós
9. Bion, W. (1996) Volviendo a Pensar. Buenos Aires. Ed. Hormé. 5° edición
10. Bion, W. (1955) Desarrollo del pensamiento esquizofrénico en Volviendo a Pensar (1996)
11. Bleger, J. (1999). Psicohigiene y Psicología institucional, Buenos Aires. Paidós.
12. Castoriadis, C. (2010). La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires. Ed. Tusquets
13. Chazaud (1980) Introducción a la terapia institucional. Barcelona. Ed. Paidós
14. Delion, P. (2005) Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la psychothérapie institutionnelle. Paris. Ed. Dunod. Traducción propia
15. Delion, P. (2012) Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique, en Bernard Golse et Alan Braconnier, Winnicott et la creation humaine. Eres «Le

carnet psy», 2012, p.17-35. Extraído (comprado) el 6 de enero del 2014 de www.cairn.info. Traducción propia

16. Delion, P. (s/f) Therapeutiques institutionnelles, extraído el 4 de mayo 2013 de <http://www.revue-institutions.com/articles/therapeutiquesinstitution.pdf>.

Traducción propia

17. Delion,P.(s/f) Corps, psychose et institution, extraído el 5 de junio de 2012 de <http://www.carnetpsy.com/Multimedia/Expositions/Delion/Default.aspx>.

Traducción propia

18. Freud, S. (2006) Obras completas. Buenos Aires. Ed. Amorrortu. 2006. Los siguientes capítulos:

(1904) Sobre Psicoterapia. Vol.7

(1911) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) escrito autobiográficamente. Vol. 12

(1915) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Vol. 12

(1917) Conferencia 26. La teoría de la libido y el narcisismo. Vol. 16.

(1924) La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. Vol. 19,

19. Fontaine, A. (2006). Esquizofrenia y Psicoterapia Institucional. Documento interno Equipo Comunidad Terapéutica de Peñalolén.

20. Fontaine, A. (s/f). La institución vinculante. Metapsicología de la función hospitalaria. Clínica de la transferencia en la institución. Traducción y texto de circulación institucional.

21. Foucault, M (1976). Historia de la Locura en la época clásica, I y II . 2º edición, México, Fondo de Cultura Económica.

22. Friche, I (2012) Duas versões históricas para a psicoterapia institucional. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4, n.9, p.21-32, jul./dez. Traducción propia
23. Goffman, E. (1970) Internados. España. Amorrortu Editores
24. Grinberg, L. (1991) Nueva introducción a las ideas de Bion. Tecnipublicaciones S.A. Madrid
25. Jaques, E. (1965). Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. En Obras completas de M. Klein. Vol IV. Nuevas direcciones del psicoanálisis. (pp. 458-467). Ed Paidós, Argentina.
26. Käs, René. Las teorías psicoanalíticas del grupo. (1999) Buenos Aires. Amorrortu editores.
27. Kaes, R. (2002) la institución y las instituciones: Estudios psicoanalíticos. B. Aires, Ed. Paidos.
28. Kaes, R. (2005) La palabra y el vínculo.
29. Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Psikolibro
30. Klein, M (1952) Los orígenes de la transferencia. Psikolibro
31. Laplanche, J. y Pontalis J. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
32. Mellier, D. (2005) La fonction à contenir. Object, processus, dispositif et cadre institutionnel. En Psychiatrie de l'enfant, XLVIII, 2, pp.425-499. Extraído el día 20 de mayo de 2013 desde <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-2-page-425.htm>. Traducción propia
33. Mirone, D. (2012). Envolturas psíquicas y autismo. Tesis para optar al grado de Magíster en Clínica Psicoanalítica. Universidad Diego Portales
34. Najman, T. (2001) Malaise dans l'institution: un detour par la psychotherapie institutionnelle, en INSTITUTIONS Revue de Psychotherapie Institutionelle, n° 29. septiembre 2001

35. Naud C., (s/f) Bref historique de la psychothérapie institutionnelle. Traducción propia
36. Oury, J. (1998). Libertad de Circulación y espacios del decir. Conferencia pronunciada en Tours el 16 de Mayo de 1998. Traducción al español de Cesar Covacevich. Extraído el 4 de mayo de 2011 de <http://www.topia.com.ar/articulos/libertad-de-circulaci%C3%B3n-y-espacio-del-decir>
37. Oury, J. (2005) Le collectif. Le Séminaire de Sainte Anne. Champ social éditions.
38. Oury J., Michaud G. (s/f). Psychoterapie Institutionnelle. Une introduction. Extraído el 3 de mayo de 2013 de http://www.euro-psy.org/site/La_Borde_files/psy_insti_oury-michaud.pdf. Traducción propia
39. Oury, J. (2007) Psychanalyse, Psychiatrie et Psychotherapie Institutionnelles, VST-Vie Sociale et traitements, n°95, p. 110-125. Extraído el 21 de enero del 2014 de <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-110.htm>. Traducción propia
40. Pankow, G. (1974) El hombre y su psicosis. Amorrortu Editores. Bs. Aires
41. Pankow, G. (1977) Estructure familiale et psychose. Paris. Edit. Aubier Montaigne.
42. Sauvagnat, F. Fenómenos elementales psicóticos y trabajo institucional. http://www.etiem.com.ar/trabajos_3.htm
43. Sotelo, J. (2012). La Asamblea de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén : una experiencia de trabajo colectivo con personas con diagnostico de psicosis en Chile. Una lectura desde la Psicoterapia Institucional. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile.
44. Tosquelles, F. (2003) De la personne au groupe. À propos des équipes de soin. Paris. Érès

45. Verney, C. (2006) L'approche Pankowienne des psychoses. Institutions Revue de Psychotherapie Institutionnelle. N°37. Fevrier 2006. Traducción propia
46. Winnicott, D (1952) La psicosis y el cuidado de niños. Obras completas digital
47. Winnicott, D (1959) La clasificación: ¿Hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? .En Los Procesos de Maduración y el ambiente facilitador (1996). Ed. Paidós Buenos Aires
48. Winnicott, D. (1960) La teoría de la relación entre progenitores-infante. En Los Procesos de Maduración y el ambiente facilitador (1996). Ed. Paidós Buenos Aires.
49. Winnicot (1961) La teoría de la relación entre progenitores e infante. Obras completas digital.
50. Winnicott, D. (1962a) La integración del yo en el desarrollo del niño. En Los Procesos de Maduración y el ambiente facilitador (1996). Ed. Paidós Buenos Aires
51. Winnicott, D (1962b) “El dlo de la capacidad de preocuparse por el otro”. Obras completas digital. Psikolibro
52. Winnicott, D (1963) “El enfermo mental entre los casos del asistente social”. En Los Procesos de Maduración y el ambiente facilitador (1996). Ed. Paidós Buenos Aires.
53. Winnicott, D. (1965) La psicología de la locura: una contribución psicoanalítica (en 1993)
54. Winnicott, D (1967) La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa. Obras completas digital. Psikolibro
55. Winnicott, D (1971) Realidad y Juego. Versión digital. Cap. Objetos transicionales y fenómenos transicionales.
56. Winnicott, D. (1993) Exploraciones Psicoanalíticas I. Ed. Paidos. B. Aires.

ANEXO 1

Criterios fundamentales de la psicoterapia institucional¹⁵

L'EPPI, Asociación que reúne los Establecimientos Privados de Psicoterapia Institucional a propuesto un conjunto de criterios a poner en obra en un establecimiento que escoge la opción terapéutica psicoterapia institucional:

15 Anexo en texto: Fontaine, A. (2004) Schizophrénie et psychothérapie institutionnelle. Artículo redactado después de conferencia presentada en el Magister de Psicología Clínica de la Universidad Diego Portales. Santiago de Chile, 5 de noviembre 2004. Traducción propia

1 La aproximación al enfermo mental no puede concebirse más que en la globalidad de su Ser, reconociendo su singularidad, permitiéndoles ejercer su creatividad y de reestablecer sus vínculos sociales, requisito previo a cualquier intento de autonomía y de reinserción.

2° Toda la institución contribuye a los cuidados de los enfermos, esto implica la necesidad de « tratar » el medio de vida institucional.

3° El psicoanálisis, que implica la toma en cuenta de el inconsciente, subyace tanto a la dinámica de los cuidados y a la reflexión que anima este trabajo.

4° La formación y la investigación en el seno de la institución son indisolubles de sus opciones terapéuticas, del mismo modo que en el Servicio Público de Psiquiatría.

5° El uso de las asociaciones completa la acción terapéutica y constituye uno de los pivotes de puesta en obra del principio de la psicoterapia institucional. Ellas permiten en el interior del establecimiento una gestión flexible y autónoma de las actividades de creatividad y de socialización de los pacientes, como de las acciones de formación del personal. Ellas permiten en el exterior del establecimiento, acompañar a los pacientes en diversas formas alternativas a la hospitalización

6° El principio común a todos estos establecimientos reside en el compartir responsabilidades a través de las funciones terapéuticas (soignantes) del conjunto del personal, independientemente del estatus profesional y en el respeto de la ética y de la deontología. Esta función instituyente del personal es la condición misma de la existencia del vínculo de los cuidados.

7° Las normas del personal son de hecho superiores a las exigencias del anexo XXIII del decreto del 9 marzo 1956- exigencias cuantitativas ciertas, pero sobre todo cualitativas incluyendo las competencias pluri-disciplinarias, culturales y socio- profesionales, desbordando el estatus y la función de los enfermeros(as) psiquiátricos.