

Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos psíquicos

René Kaës

I. LA NOCION DE ESPACIO INSTITUCIONAL. SU COMPLEJIDAD

La institución. La defino como el orden por el cual se funda un colectivo con el objetivo de realizar una tarea útil, necesaria para el funcionamiento social: reproducción de la vida, educación, salud, trabajo, defensa colectiva, sistemas religioso y cultural, basados en representaciones compartidas. La institución es un colectivo instituido, organizado y legislado en el campo de las relaciones sociales. Somos cuidadores, administradores, docentes, en ese orden.

Toda institución está dotada de normas de organización, regulación, transformación y transmisión. C. Castoriadis (1975) identificó dos movimientos antagónicos en la institución, el movimiento impulsado por el deseo instituyente, innovador, y el orden instituido contra el que choca. Se trata de una dialéctica que asegura la vida de las instituciones en su conflictualidad esencial entre orden y transgresión. El orden está reglado por lo Jurídico, genera relaciones de poder-política-organización, jerarquía, cultura, economía. Otro sociólogo, E. Goffman (1961), mostró que toda institución incluye una vertiente autoritaria, en la medida en que ejerce una presión coercitiva sobre los individuos que la componen, allí donde asume la totalidad del espacio y del tiempo y asigna a cada uno a la realización de una tarea parcial y única.

Quisiera extraer de esta primera aproximación, tres proposiciones que serán útiles para nuestra reflexión:

1º La institución es una organización compleja en la que intervienen entre sí diversos órdenes de realidad. Entre estos órdenes de realidad, se halla la realidad psíquica que se forma en la institución

y las funciones psíquicas con que cumple: por ejemplo, satisfacción de deseos inconscientes, identificaciones, apuntalamientos narcisísticos, ideales, etc.

2° La *tarea primaria* de la institución es aquella que asegura la identidad de la institución. Existimos y mantenemos lazos con la institución y con los otros en la institución, según estamos definidos en la relación con la tarea primaria de la institución: cuidar, administrar, producir, formar, etc... Las investiduras y las contrainvestaduras de la tarea primaria son elementos de la realidad psíquica común, compartida, conflictiva. En la institución, somos sujetos "parciales".

3° Si existe una realidad psíquica de (en) la institución, existe una fuente de placer y de sufrimiento para sus miembros. Placer y sufrimiento están ligados a las dimensiones organizacionales de la institución, y más específicamente a la realidad psíquica producida por la institución. Placer del cumplimiento de la tarea primaria, sostenida por las fantasías inconscientes y los ideales, sufrimiento asociado al incumplimiento del encuadre o al no-reconocimiento de la capacidad de sus sujetos, etc.

1° Complejidad, ensamblaje y transferencias de los niveles de la realidad en la institución

En *La institución y las instituciones* (Kaës, R., 1987), subrayé que la institución es una organización compleja en la que intervienen diversos órdenes de realidad: socio jurídico, político, económico, cultural y psíquico. La institución liga, junta y procesa formaciones y procesos heterogéneos. Por ejemplo una institución hospitalaria está organizada según ensamblajes de estructuras internas: servicios, administración, grupos de profesionales funcionales y jerarquizados, grupos o talleres terapéuticos, etc. Está inserta y encuadrada por las instituciones paralelas: organismos de tutela, otras instituciones de cuidados, asociaciones de enfermos, padres y familia de enfermos, etc. Supongo que en cada uno de estos componentes funcionan lógicas y objetivos diferentes.

La multiplicidad de niveles lógicos, la variedad de registros y de formas de la vida psíquica que se desarrollan en ella están dispuestos de manera de producir dos tipos de efectos:

1° *Efectos de desplazamiento o de transferencia* entre lo que se juega en un *nivel particular* de la institución: por ejemplo en un

paciente, el grupo de enfermeras o un servicio, y lo que concierne al *nivel del conjunto institucional*. Todos saben que una crisis de angustia aguda en un paciente puede expresar un conflicto no elaborado de los cuidadores, y adquirir el valor de un síntoma significativo para el conjunto del servicio o una parte de él. Este desplazamiento puede no tener relación directa alguna con el funcionamiento del servicio, sino solamente desplazarse y ser depositado. Lo propio de los pacientes psicóticos es depositar y difractar sus cargas de angustia y sus objetos fragmentados, ya sea para protegerse o atacar, en los lugares psíquicos adecuados para recibirlos. ¿Cómo distinguir la especificidad de cada nivel de la realidad, el desplazamiento y la difracción de un síntoma y las transferencias de objeto, afectos y sentidos entre los distintos niveles?

2° *Efectos de confusión* de los niveles o de *clivaje* entre estos niveles, con efectos de paradoja en primer lugar: por ejemplo, lo que sucede en un servicio es confundido con lo que sucede en la institución en su conjunto.

Estos desplazamientos y transferencias de niveles de la realidad es lo que torna compleja la inteligibilidad de los fenómenos institucionales. La capacidad de reconocer niveles relativamente heterogéneos de la realidad, pero también las interferencias entre estos diferentes niveles de lógica, abre en las instituciones espacios diferenciados.

2° *La tarea primaria de la institución asegura la identidad de la institución y hace de sus miembros sujetos "parciales"*

La *tarea primaria* de la institución asegura la identidad de la institución. Define y delimita un lugar (un adentro/afuera), una economía de inversiones, una dinámica de los conflictos y sus modalidades de resolución. La tarea primaria es también una fuente de identificación que refuerza en los miembros el sentimiento de pertenencia a un conjunto, una profesión, saberes, ideales, etc..., pero también la seguridad que no pertenecen a otro universo: los locos son los que son cuidados. Evidentemente, esta proximidad de la pertenencia y la no-pertenencia crea zonas de perturbación y conflicto. Suscita dispositivos de distinción, protección y diferenciación, contra los riesgos de contaminación, tanto como las transferencias, desplazamientos y depositaciones tienden a abolir los límites, los espacios diferenciados.

El objeto de la tarea primaria no es idéntico en todas las instituciones. Según se trate de objetos inanimados (producción de automóviles) o de objetos animados (formación o cuidado de la salud de seres humanos), las zonas de sufrimiento tienen caracteres específicos de esta tarea, según se trate de un tipo de objeto inanimado o animado, y entre éstos, seres humanos en crecimiento o en sufrimiento, dañados y cercanos a lo inanimado. Los precipitados identificatorios, las investiduras pulsionales, la imagen de sí en la mirada del otro no son totalmente los mismos cuando se enseña y cuando se cuidan seres cuya vida psíquica está desorganizada, amenazada y errática.

Así, en las instituciones de cuidados, el deseo y el poder de reparar y cuidar convocan también al deseo y el poder de destruir y hacer morir. Hay allí un nudo de conflictos fundamentales: entre el deseo y lo prohibido, entre el deseo y el poder, entre la corriente de las fuerzas de vida y la de las fuerzas de muerte. Según se dirima esta conflictualidad, será determinada la estructura de la institución, la consistencia de la realidad psíquica que se despliegue en ella y el trato dado a los pacientes. Efectivamente, una parte de la actividad psíquica en las instituciones es utilizada para elaborar este conflicto, otra para reprimirlo, otra para negarlo o intentar borrarlo. Pienso que es necesario reconocer y asumir el conflicto para poder cuidar.

Pero, lo subrayo, cuidar es una tarea que recibe investiduras y representaciones psíquicas y sociales, que pueden estar en relación de solidaridad o de disyunción con la institución cuya tarea es la de cuidar. ¿Qué sucede cuando la institución puede o no puede asegurar sistemas de protección contra los aspectos peligrosos de la realización de la tarea primaria? ¿O cuando desarrolla tareas subsidiarias en exceso (la administración se hace burocrática) o en forma desviada (las actividades paralelas sofocan a la tarea primaria)?

La noción de tarea primaria, sea cual fuere la institución, define un sujeto parcial, que existe en el espacio institucional solamente en la modalidad en que está en relación con la realización de la tarea. Cómo establecer el vínculo entre el sujeto parcial, funcional, que conoce la institución, y el sujeto global, singular que, en el caso de las instituciones terapéuticas o formadoras de la humanidad, compromete toda su subjetividad. Hay allí una fuente de sufrimiento inherente al hecho institucional, en un mundo en que división del trabajo y parcialización del sujeto coinciden para que una sirva a la

otra. Estas cuestiones nos conducen a nuestra tercera reflexión introductoria.

3° Complejidad de la realidad psíquica en la institución

Formulo la hipótesis que todas las actividades y todas las relaciones que se despliegan en el espacio institucional están en una relación más o menos estrecha con fantasías inconscientes, angustias arcaicas (lo más frecuente), conflictos neuróticos entre deseos y defensas, relaciones de objeto más o menos elaboradas, apuntalamientos narcisísticos más o menos asegurados, a menudo tratados de manera demoledora.

La *realidad psíquica en el campo institucional no es homogénea*. Si bien está hecha de la misma materia prima, no se articula de la misma manera en el nivel del *sujeto singular* (el paciente, el cuidador, el administrador, que, según he dicho, son aquí sujetos parciales), y en el nivel del grupo de pacientes, del *equipo* de cuidadores y del *conjunto institucional*.

En la institución, una parte de la realidad psíquica está constituida por las investiduras pulsionales y representaciones inconscientes de la relación con la *institución* y de los vínculos institucionales. He subrayado que entre estas investiduras, son particularmente importantes las que conciernen a la *tarea primaria*, en la medida en que la tarea primaria define la identidad de la institución y una parte de la de sus miembros. Esta dimensión de la realidad psíquica asociada a la tarea primaria está constituida por las investiduras que esta tarea recibe, representaciones y mecanismos de defensa asociados a ella.

Corresponde prestar una particular atención a las formaciones y procesos que constituyen los espacios psíquicos *comunes* y *compartidos* propios de los conjuntos institucionales. Toda institución requiere, produce y gestiona espacios de este tipo. Son los espacios de las alianzas inconscientes, de las defensas comunes, los contratos narcisísticos y pactos comunes (pactos denegativos, denegaciones compartidas). Estas formaciones psíquicas comunes son la consistencia de la realidad del lazo institucional, en su funcionamiento nace una parte del sufrimiento psíquico pero es también en estas formaciones que puede evacuarse.

En las instituciones, una parte considerable de las investiduras psíquicas está destinada a hacer coincidir, en una unidad imagina-

ria, esos órdenes lógicos diferentes y complementarios, a fin de hacer desaparecer los conflictos que contienen. Las instituciones alientan la ilusión de la coincidencia a fin de mantener el sentimiento de cohesión de los lazos y de la tarea primaria. Pero al hacerlo contribuyen también a mantener la negación del sufrimiento psíquico en ellas.

II. ¿COMO CALIFICAR UN SUFRIMIENTO PSIQUICO DE ORIGEN INSTITUCIONAL?

La complejidad de los niveles lógicos de la institución y de la realidad psíquica que la atraviesa y la naturaleza de la tarea primaria, tienen una incidencia directa sobre el sufrimiento psíquico de origen institucional. El entrecruzamiento de varias fuentes de sufrimiento en la institución es uno de los mayores problemas con que tenemos que arreglárnosla cuando intervenimos para ayudar a un equipo a elaborar una crisis. Tenemos que enfrentar interferencias complejas provenientes de las maneras de defenderse contra estas fuentes de sufrimiento.

El sufrimiento psíquico de origen institucional

¿Cómo calificar este sufrimiento que, decimos, es de origen institucional? Distingámoslo en principio del sufrimiento ligado a la vida misma. Este es inherente a la división del sujeto, a la distancia entre el objeto y el deseo. Es la consecuencia de las restricciones, renunciaciones, obligaciones, desilusiones que acompañan todo vínculo con otro, con más de un otro. Como lo dije, este sufrimiento puede estar *desplazado* sobre una representación que tiene un origen institucional. Pero no necesariamente tiene un origen institucional, ya que la institución gestiona otros sufrimientos, además de los que se suscitan inevitablemente por los lazos que organiza y por las investiduras que requiere (Kaës, R., 1996).

El rasgo más corriente del sufrimiento de origen institucional es que es producido por un mal funcionamiento de la institución misma: por ejemplo, su organización instaura una distancia insuperable entre la tarea, la formación que exige y los medios disponibles para realizarla. Los cuidadores sufren porque no son reconocidos en su calificación, su necesidad de formación, los medios de traba-

jo que necesitan, etc... sufren en sus relaciones con el trabajo, por el hecho de la institución.

El rasgo más específico del sufrimiento institucional está ligado a la tarea primaria, y en las instituciones de cuidados psíquicos, en el contacto con la enfermedad mental, con la locura, la psicosis. Voy a examinar este segundo aspecto del sufrimiento institucional.

Algunos procesos institucionales generadores de sufrimiento psíquico

La inversión del objetivo terapéutico

Un camino abierto por J. Bleger (1970), I. Illich (1970) y P.-C. Racamier (1970) permitió comprender que las instituciones de cuidados están sometidas a un *proceso de inversión de su objetivo terapéutico*. Llamo desvío institucional al hecho de que una institución cuya tarea es de cuidar termine por desviarse de sus objetivos y su funcionamiento para transformarse en una institución de no-cuidados y aun de anti-cuidados. Esta derivación y este desvío respecto de la tarea primaria de la institución no están ligados solamente a la ambivalencia pulsional que se puede detectar en las oposiciones cuidar-enfermar o formar-deformar.

El desvío que describo está en el centro de los procesos dinámicos y económicos que caracterizan a cada institución de cuidados: lo que está en sufrimiento en la institución de cuidados psíquicos siempre se halla en estrecha relación con el conflicto inconsciente y las investiduras antagonistas movilizadas por la fantasía del cuidado y de la actividad de cuidar. Este es el conflicto que, cuando se hace inmanejable, motiva una demanda de intervención sobre la perturbación del trabajo psíquico en el equipo de cuidadores. Trabajando sobre lo que produce sufrimiento, estamos confrontados a lo que funda el cuidado, y a lo que conduce a poner el propio sufrimiento psíquico en contacto con el del otro. Dicho de otro modo: porque la capacidad de cuidados está funcionando es que está en crisis, que hay sufrimiento en la institución.

El incremento patológico por la institución

Entre las dos guerras, se vio que algunas patologías podían reforzarse o crearse entre los pacientes y entre los cuidadores por las enfermedades de la institución psiquiátrica. Después de la Segunda Guerra Mundial, se descubrió una interacción dinámica entre la es-

estructura psicótica y las respuestas institucionales: la vida en el asilo complica, duplica o agrava el curso de una psicosis en la medida en que los cuidadores se organizan inconscientemente en función de los conflictos psíquicos de sus pacientes. Las instituciones promueven formas de respuesta organizadas colectivamente, frente a las transferencias masivas y múltiples de los pacientes y frente a las angustias que movilizan en curadores, padres y parientes.

El mimetismo patológico

Bleger describió de qué manera las instituciones psiquiátricas, cuya tarea es precisamente atender la patología mental, tienen tendencia a adaptarse organizándose según la misma y que contrariamente, la conservan y perennizan. Lo que llamo mimetismo patológico es el resultado de una relación paradójica entre la institución, los cuidadores y los pacientes. Se trata de enfermarse para no estar enfermo. El enfermo mental se organiza en el medio terapéutico hospitalario (a partir de sus perturbaciones y su sufrimiento, sus mecanismos de defensa) para depositarlos, difractarlos y repetirlos. Diría que organiza el medio según sus necesidades, tanto más fácilmente en la medida en que el medio tiene interés en prestarse para luchar contra la angustia suscitada por las depositaciones psicóticas. Hay allí efectos de espejo o identificaciones proyectivas cruzadas. Estos efectos inducen clivajes, discontinuidades terapéuticas, inversiones de los objetivos y de los procesos terapéuticos.

Cuando la institución se escinde o se cliva, según el modo mimético de las defensas psicóticas, cuando produce organizaciones impersonales, deficitarias en investiduras libidinales y en comunicación, la institución no es más que un lugar donde los pacientes son maltratados. ¿Cómo podría organizarse la institución para luchar contra el hospitalismo psiquiátrico?

Tuvimos un acceso más sutil a estas formas de sufrimiento psíquico en las instituciones de cuidados, cuando las instituciones de cuidados psiquiátricos se organizaron para obtener una ventaja terapéutica de estos procesos de difracción y depositación del sufrimiento psíquico y de sus objetos en diferentes lugares contenedores, repartidos en el conjunto de la institución. La asunción de la responsabilidad múltiple por parte del equipo, la distribución de las “partes” enfermas y sanas de la personalidad en el conjunto de la institución, con las diferenciaciones

necesarias, requirieron de parte de los cuidadores un trabajo enorme de contención y de pensamiento productor de ligaduras. Es un trabajo muy exigente, iatrogénico y desbordado sin cesar si los equipos no están bien sostenidos, contenidos y pensados por el conjunto institucional. La cuasi-totalidad de las manifestaciones depresivas y persecutorias en las instituciones es el resultado de esta falta de cuidados psíquicos necesarios para los cuidadores. Cuando esta carencia se agrava, comienza a funcionar en la institución un sistema de defensa colectivo contra la depresión de cuidadores y pacientes.

III. TRAYECTOS DE LOS OBJETOS PSIQUICOS EN LA INSTITUCION

Quisiera ahora hablar de los trayectos de los objetos psíquicos en una institución de cuidados psiquiátricos: cómo circulan, y cómo se conectan o se aíslan. Partiré de una situación clínica.¹

Se trata de un equipo de cuidadores en un hospital de día que funciona como unidad de cuidados psiquiátricos destinados a adultos. Mantuve durante varios años una escucha semanal de estos cuidadores, asistiéndolos en la elaboración de su práctica.

La secuencia que aportó tiene lugar luego de algunos años de funcionamiento, en un momento en que el equipo se siente angustiado frente al vencimiento del término para una redefinición de su proyecto terapéutico. Los resultados parecen ser positivos, pero desde hace varios meses nada funciona bien, las crisis se suceden sin interrupción, sin que se pueda pensar su dinámica: todo sucede como si nadie tuviera control sobre nada.

Durante varios meses, una reivindicación violenta contra el médico jefe se había nutrido con todos los motivos utilizables, su autoridad era cuestionada y a la vez reforzada por la idealización constante de que era objeto, mientras sectores enteros de la vida cotidiana parecían haber regresado a una especie de anarquía en las relaciones entre los cuidadores: se disputaban la “propiedad” de los pacientes, cada uno reivindicaba la supremacía de su capacidad terapéutica, desacreditando a todos los demás. Luego, durante el período que precede a la sesión de la que nos ocuparemos, los cuida-

¹ Expuse y analizo esta situación en detalle en *Sufrimiento y psicopatología de los lazos institucionales* (1996), Paidós.

dores manifiestan un abatimiento profundo, apatía o estupor que son sucedidos por momentos de intensa actividad. Los reproches dirigidos al médico jefe cambian de objeto y de tono: él acapararía a todos los pacientes y todos los resultados positivos deberían atribuírsele. Todos dicen sentirse muy mal en sus relaciones, a menudo hurañas, con los pacientes y entre ellos: varios cuidadores tienen ganas de irse, su trabajo les disgusta.

La sesión comienza, como a menudo desde hace meses, con un silencio prolongado y pesado; cada uno mira a los otros furtivamente y mete la cabeza hacia adentro, hacia “el vacío de su pensamiento”, dirán algunos. Un enfermero pregunta, muy agresivo, si se van a continuar durmiendo de ese modo, mientras los pacientes sufren. “Porqué continuar” comenta el psicomotricista, en una actitud depresiva que mantiene desde hace algunas sesiones, “no estamos más en un hospital de día sino de noche, dormir es el régimen diario desde hace más de quince días, todo el mundo duerme, como en el servicio de *crónicos*”. “Hay demasiados pacientes, verdaderamente demasiados, se queja un enfermero, y hay algunos que harían bien en desaparecer!”.

La violencia de este deseo de muerte, que apunta tanto al médico jefe como a los pacientes, refuerza el silencio, se acurrucan en su burbuja. Hago notar que desde hace algún tiempo hay ausencias frecuentes en las sesiones. El enfermero que se había manifestado preocupado por los pacientes confirma, hubo dos abandonos entre los cuidadores: “colegas, con los que no se puede contar, que *desaparecen* verdaderamente bajo diferentes pretextos, y hay otros que esquivan el bulto al punto que ponen nerviosos a los pacientes”. Varios miembros del equipo comentan que en la víspera uno de ellos le dio una cachetada a una cuidadora. Pregunto qué sucedió entonces en el equipo. Me responden que contrariamente a la regla habitualmente aplicada, el *acting* no fue sancionado, no hubo exclusión temporaria del agresor. Pregunto la razón de esta derogación. “Nadie intervino, me dicen, nos sentíamos verdaderamente mal, paralizados, en todo caso desprotegidos y vagamente culpables por lo que acababa de suceder”. Más tarde, dirán que no pudieron hacer otra cosa que dejar hacer.

El silencio se restablece y el marasmo se prolonga en el equipo, algunos cuidadores se van de la sala temporariamente sin decir nada, luego regresan bastante rápidamente. Hago notar estas partidas actuales, aquí y ahora, recuerdo las “desapariciones” que habían men-

cionado, el *acting*, el silencio, los silencios, los deseos de muerte. Los miembros del equipo están aliviados cuando digo algo a propósito de esas desapariciones, pero constatan que no tienen pensamientos relacionados con el tema, que es el vacío; no pueden asociar nada cuando menciono los “deseos de muerte”. Renuncio a insistir en ese punto tan delicado y les pregunto si alguna otra escena captó su atención, o que podría venirles a la memoria, aclararía lo que sucede en este mismo momento, con las salidas de la sala, y quizás lo que sucedió con la cachetada.

En seguida aparece, con un cierto efecto de sorpresa, un episodio olvidado por varios de ellos: tres semanas antes, los pacientes organizaron una especie de ceremonia de casamiento entre una paciente que impone un poco las reglas y un paciente muy sumiso, con el acuerdo de algunos cuidadores: habían aceptado la idea, pero con la condición que se tratara de un juego. Cada uno subraya el aspecto muy espectacular de la “ceremonia”, pero también el hecho que no se trataba para nada de un juego, ya que los interesados manifestaron de entrada su intención de “juntarse”. A continuación hubo excitación y perturbación, y la ceremonia se transformó en una mezcla inquietante de caricias y golpes entre los dos “novios”. Luego súbitamente la novia desapareció, y se la buscó durante una buena parte de la jornada. Luego de lo cual, no se prestó más atención a lo sucedido ese día.

Señalo que el asunto es una desaparición, y que se trata de la novia. ¿Les sugeriré algo esto? Los participantes vuelven sobre el inicio de la sesión: las desapariciones deseadas relativas a ciertos pacientes, la idea que el médico jefe quizás estaría ausente durante esta sesión, las desapariciones actuadas en el curso de la sesión.

Un enfermero dice entonces que la desaparición de la novia le recuerda la desaparición violenta de la pareja que estuvo en el origen de la institución. El hombre había muerto en un accidente poco tiempo antes de la creación del hospital, la mujer, que había sido elegida por el fundador para secundarlo, se había ido a partir de la apertura de la unidad de cuidados sin dar razones, y nadie había tenido noticias durante mucho tiempo. Estas dos muertes habían sido silenciadas y los más jóvenes no sabían nada.

El retorno de esos fantasmas, en conjunto con sus fantasías de muerte del médico jefe y de los pacientes (sus objetos envidiados) deprimirá todavía a los cuidadores durante algunas sesiones. Pero a

continuación, el trabajo de elaboración seguirá el curso siguiente: durante una sesión, les digo que aun siendo probable que los pacientes sufran por la falta de compromiso de los cuidadores, por sus diversas maneras de desaparecer, ellos, los cuidadores, no sufren menos que los pacientes. Me parecía evidente que debía primero reconocerles su propio sufrimiento. Mientras esto no fuera reconocido, las directivas superyoicas en el sentido de despertar y estar activos para reelaborar el proyecto terapéutico no tenían otros efecto que reforzar su apatía, es decir, su protección contra el sufrimiento. Había que reconocer también su necesidad de repliegue durante el sueño. El término de sueño que utilizo será retomado por varios de ellos para evocar el “último sueño” del fundador y el silencio de la co-fundadora.

Después que esto fue dicho y entendido, fue también posible hablar de las dos escenas que los cuidadores habían desarrollado, sin poder ni pensar ni actuar conforme a su práctica habitual: la escena de la cachetada y la del casamiento. La mayoría de ellos manifestarán su fascinación frente a estas dos escenas, su estupefacción frente a la desaparición de la “novia” y la parálisis de su pensamiento. Les propuse la idea que el interés de cada uno, al menos de varios, era quizás, en ese momento, dejar que se despliegue una cierta masa de significación en cuanto a una escena para ellos angustiante pero fascinante, es decir, atractiva y repulsiva. Podían hacer comenzar a funcionar simultáneamente, por la inercia de las defensas, dispositivos de ocultamiento del sentido de estas escenas. Todos confirmaron que se habían sentido inexplicablemente impedidos de sancionar la cachetada, así como no habían estado en condiciones de despegar el juego del valor ritual que la ceremonia estaba tomando realmente: todo había sucedido como si hubiesen estado esperando un ataque, quizás la sanción de una verdadera-falsa promesa de matrimonio, de la que eran los testigos y destinatarios.

En el momento de redefinir el proyecto fundador, esta transformación de la escena de la fundación, fijada en el silencio mantenido durante mucho tiempo, acerca de un origen teñido de muerte y desaparición, en un escenario portador del sentido de su profundo desconcierto, de su incertidumbre de haber sido deseados, hacía ahora inteligible su conducta: habían dejado que se pusiera en escena el enigma del origen borrado, para poder disponer de las referencias del sentido. La proximidad con el sentido inaceptable los hundía en el marasmo y la confusión.

El análisis pudo ser conducido desde lo que los pacientes actuaban, al equipo de los cuidadores, más precisamente a algunos de ellos. Seguramente, cada uno tomaba parte en esos actings por el beneficio que obtenía por su propia cuenta, del mismo modo que los cuidadores los dejaban desarrollarse, encontrando cada uno su interés, asociado al de los otros. Sin embargo, una idea permitió precisar la dimensión de esta alianza, una vez que ésta se hizo suficientemente preconsciente: lo que los pacientes actuaban por su propia cuenta estaba destinado también a hacer una demanda de sentido a los cuidadores. Esta idea permitió comprender porqué éstos se resistían a escuchar a los pacientes: los segundos esperaban de los primeros que se comprometían de nuevo en el contrato terapéutico que los “ponía de novios” juntos. Era necesario comprender lo que había puesto en peligro la confianza.

Este momento de trabajo con el equipo se prolongó sobre este núcleo de problemas durante algunos meses más. Durante el curso de este trabajo, el análisis de sus transferencias sobre mí permitió despejar lo que sostenía su violencia contra el médico jefe, sustituto usurpador de la pareja de los orígenes. Se trataba de regresar a ese momento en que el acto de fundación se había, de cierta manera, des-simbolizado y se había encontrado retenido en la repetición de la escena asesina de los orígenes: esto tornaba incomprensible qué estaba en juego en toda esta fase de violencia anarquizante, en la medida en que se condensaban el deseo de muerte del usurpador, pero también la de toda figura de padre, y la búsqueda desesperada de un tótem capaz de restablecer el orden simbólico y el pacto entre hermanos. Fue solo al término de este análisis que se pudo develar lo que permanecía ignorado de su demanda inicial respecto a mí: yo debía refundar la institución y permanecer con ellos para toda la eternidad. Después de lo cual pudimos separarnos.

Elementos de análisis

Varios niveles de lectura son posibles.

La falta de representación del origen. Las exigencias de trabajo psíquico que por su deficiencia acarrearán sufrimientos psíquicos en los cuidadores y en los pacientes, pueden ser referidas al déficit del trabajo de la representación del origen: el replanteo del proyecto terapéutico choca con la potencia de muerte que había marcado el nacimiento de la institución, sobre el pasado silenciado mantenido

así por los primeros cuidadores, que regresa en la escena de la institución, *en búsqueda de sentido*.

Dejar que tome forma una representación tolerable del origen, es dejar que se representen cada uno en este espacio psíquico inicial del que forma parte, del que obtiene sus referencias identificatorias. El sufrimiento narcisístico de los cuidadores encuentra en este desfallecimiento su punto de fuga infinito: su narcisismo no puede apuntalarse sobre los “sueños de deseos irrealizados” (Freud S., 1914) de los fundadores, que han abandonado brutalmente el espacio en el que tenían que constituirse para ser reconocidos y reconocerse miembros de la unidad de día, formando parte de un contrato que sostendría su proyecto.

El retorno hacia la horda y las fantasías de asesinato. He subrayado los movimientos de retorno hacia la horda, bajo el imperio de la repetición del asesinato del padre de los orígenes por parte del usurpador que encarnaba el médico jefe, en quien los cuidadores proyectaban el mismo deseo. Aquí resulta deficitaria aún la actividad simbolizante que habría podido hacer posible la mutación de la horda en grupo-institución.

El trayecto de los objetos psíquicos en la institución. Este nivel de análisis puede aclararse a través de la problemática de la transmisión y del desplazamiento.

En la actualidad, esta problemática se ha ampliado considerablemente: el concepto de lazo intergeneracional y transgeneracional permite describir los principios y modalidades de transmisión de vida y muerte psíquicas entre las generaciones y a través de ellas.

Dos cambios radicales modificaron la problemática y el tratamiento de los problemas intergeneracionales. El primero introdujo la hipótesis de la pulsión de muerte, y *más allá del principio de placer*, la cuestión de la repetición y del traumatismo inelaborable. El segundo es consecutivo a los descubrimientos clínicos de la psicosis y su tratamiento, del psicoanálisis de niños y de los enfermos psicosomáticos. Introdujo las categorías de lo *Negativo*, lo *irrepresentable* y lo *intransmisible*.

Paralelamente a estas investigaciones, la renovación de los dispositivos del trabajo psicoanalítico (psicodrama psicoanalítico, análisis y psicoterapia psicoanalítica de grupo, psicoterapia familiar psicoanalítica) jugó un papel decisivo. Estos dispositivos nos permitieron pensar con nuevos conceptos lo que se transfiere y se trans-

mite del espacio psíquico de un sujeto al espacio psíquico de otro sujeto, o de más de un sujeto, y en el espacio intersubjetivo que se construye a partir de sus vínculos. Lo que se transmite, son esencialmente *configuraciones de objetos psíquicos*, es decir objetos equipados con vínculos a los que cada sujeto precede. Lo que se transmite y constituye la prehistoria del sujeto, no es solamente lo que sostiene y *asegura, en positivo*, las continuidades narcisísticas y objetales, el mantenimiento de los vínculos intersubjetivos, las formas y los procesos de conservación y de complejización de la vida: ideales, mecanismos de defensa neuróticos, identificaciones, pensamientos de certeza. Un carácter notable de estas configuraciones de objetos de transmisión es que están marcados por lo *negativo*. Lo que se transmite es lo que no pudo ser contenido, lo que no se retiene, no se recuerda, no encuentra inscripción en la psiquis de los padres y viene a depositarse o enquistarse en la psiquis de un niño: la falta, la enfermedad, el crimen, los objetos desaparecidos sin huella ni memoria, para los que no pudo realizarse un trabajo de duelo.

Resulta que la problemática de la transmisión no se organiza solamente como la de los significantes y los deseos preformados y deformados que nos preceden, sino como la de los significantes congelados, enigmáticos, rudimentarios, sobre los que no se operó un trabajo de simbolización. El objeto de la búsqueda no es solamente la continuidad de la vida psíquica, sino las rupturas, las fallas, los hiatos no pensados e impensables, el arrasamiento de los objetos de pensamiento, los efectos de la pulsión de muerte. Son tales configuraciones de objetos y de sus lazos intersubjetivos las que son transportadas, proyectadas, depositadas, difractadas en los otros, en más de otro, en las parejas, las familias, los grupos y las instituciones.

BIBLIOGRAFIA

- BLEGER, J. (1970) "Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions". En: R. Kaës R. Pinel J.-P. et al., *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.
- CASTORIADIS, C. (1975) *L'institution imaginaire de la société*. Paris, Les Editions du Seuil.

- FREUD, S. (1914) Introducción al Narcisismo. *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- GOFFMAN, E. (1961) *Asiles*. Paris, Les éditions de Minuit.
- ILLICH, I. (1970) *Une société sans école*. Paris, Les éditions du Seuil.
- KAËS, R. (1987) "Réalité psychique et souffrance dans les institutions". En R. Kaës, E. Enriquez et al.: *L'institution et les institutions*. Études psychanalytiques. Paris, Dunod.
- (1996) "Souffrance et psychopathologie des liens institués. Une introduction". En Kaës R. Pinel J.-P. et al., *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.
- (1997) "L'intérêt de la psychanalyse pour traiter la réalité psychique de/ dans l'institution". *Revue Internationale de Psychosociologie*, III, 6-7, 79-96.
- (1997) "*Les rapports entre psychanalyse et institution en France*". En R. M. Chiesa et R. Hinshelwood (éditeurs), *Institutions, Anxieties and defences: towards a psycho-analytic social psychology*, London, Routledge.
- RACAMIER, P.-C. et collab. (1970) *Le psychanalyste sans divan*. La psychanalyse et les institutions de soin psychiatrique, Paris, Payot.

Traducido por Mónica Serebriany.

René Kaës
32 Cours de la Liberté
Lyon 69003
Francia