

DESENCLAUSTRÁNDONOS

Lic. Guido A. Zannelli

Eje X. Soledad

¿Cómo es la soledad? ¿Es un amigo que no está? ¿Es una enfermera que no llega? Que ha preferido atender otro programa por sobre el tuyo. Que en su turno nocturno se demora en tu agonía, como si lo saboreara en la boca con un sadismo silencioso y seco. Y alcanza a inflamarte la cara sentir eso, llenándote de aerosol sangriento las mejillas como una lluvia abrasiva impulsada desde más abajo que la piel. Se tensa fuertemente la superficie que va desde la nariz, tira hasta las orejas, ardiendo y quemando por dentro. Un pequeño infierno con 40° de Sensación Térmica. Dependencia, separación, distancia y abandono. Así una pequeña forma de iniciar el tema a partir de las fantasías en un registro sensorial máximo.

La soledad se impone como experiencia desde el nacimiento. ¿Es un efecto de la separación? Desde Bion en adelante la podemos contemplar cual preconcepción, a la espera de ser realizada. Entonces una experiencia para la cual se tiene una antesala para ser elaborada, digerida, vomitada y vuelta a incorporar. Una sentida soledad que podría iluminar el terreno del pensamiento si la acompañan otros elementos. Tolerancia entre otros.

Sabemos que el bebé nace con un *quantum* de potencia instintiva, con una sensibilidad sensorial específica (como el código genético) y un nivel de tolerancia germinal asociada al

umbral del dolor. Todo esto conformado para la experiencia del encuentro, la puesta a prueba, la salida en escena. Hay circuitos iniciales para el placer y para la realidad. Y los sentidos perceptuales reaccionan a ellos en el medio, formando una barrera. ¿Podrán resistir y dar lugar a la consciencia? ¿Serán abatidos y dispersados en la fuga?

La soledad del psicoanálisis es tan particular y diferente que no debe confundírsela con la soledad de la filosofía, o las pequeñas soledades conducentes al suicidio que preocuparían a la sociología. Podría editarse un largo compendio sobre una metapsicología de la soledad. Ahora quiero desarrollarla a nivel de los objetos internos. Tengo un mapa del teatro de la geografía mental poskleiniana para ensayar esto. ¿Quieren ver? ¿Gustan probar?

La sostenida circunstancia, devenida en constante, de permanecer encerrado(s) me despertó intriga por tratar el tema de la soledad. Parto de una conjetura muy elemental. Estudiarla en sus componentes. La soledad tiene: separación, ansiedad(es), objeto(s), fantasía(s) inconsciente(s). No pude dejar de asociar el encierro y la soledad con el concepto de *claustrum*.

Eje Y. Claustro(s)

De allí venimos, del habitáculo uterino que nos alojó cuando sólo nadábamos sin consciencia. Fuimos fecundados *dentro de*. Crecimos allí también, desarrollándonos, ganando cuerpo. Y cuando fuimos paridos, accedimos a otros espacios, a movimientos dimensionales múltiples. Salimos y entramos de diversos continentes, habitacionales, oníricos, fantásticos, concretos, institucionales, *and so on*.

La situación de quedar enclaustrado no es sólo un concepto, o simplemente una idea. Conocemos su presencia por efectos directos, vistos y activados en el trabajo analítico. Más bien por su proceso y desarrollo *natural*, recordando a Meltzer. Quien a lo largo de su obra planteó, estudiando y ampliando la noción de los espacios mentales, cómo estos desempeñan un papel en la organización psíquica, a nivel del funcionamiento y la personalidad. El fenómeno mental de los claustros abarca desde ansiedades fóbicas, hipocondríacas, con la identificación proyectiva *intrusiva*, al control omnipotente del objeto interno y alcanzado un desarrollo total, el modo de llevar una existencia. Cómo se vive. La base *kleiniana*, el aporte con las directrices para descubrir la presencia de intrusiones en el cuerpo materno. Los tres compartimientos que se abren y cierran por cada esfínter que lo nombra. Pecho/cabeza tiene varios orificios. Cola/recto uno sólo, fuerte y peligroso. Genital, sensual y dionisiaco.

Una primera aproximación al claustro enseña que su instalación se asocia a la comodidad, al reemplazo de actos/ hechos por fantasías placenteras, a la experiencia de estar y ver la vida desde dentro de un compartimiento. Constituye un modo de vincularse con el objeto interno. Y si la cálida comodidad de este recinto derritiera los fríos paisajes del otro lado del vidrio, haciéndolo parecer marginal y distante. Si todo lo que necesitara estuviera aquí dentro... ¿Entonces no sería necesario salir a recorrer, caminar el mundo? Imposible estar a la deriva si se permanece así de encerrado.

Eje Z. El baño

Cuántas veces hemos leído sobre el significado inconsciente que adquiere el baño en la mente de los pacientes, aún que-

dando terreno por explorar. En mi caso descubrí que el paso de la lectura a la experiencia tiene características sorprendentes y catastróficas. En verdad, no sería un cambio si las careciera. Una cosa es leer y entender las ideas, un modelo. Transitar los hechos, es otra. Saber acerca de... y no tener idea qué era eso.

Al comenzar la formación analítica con el rigor de sus pilares componentes, varios fenómenos entonces extraños para mí, cobraron mayor relevancia ante mis ojos. En parte estimulados por el trabajo continuo y la ampliación de la relación transferencial, en parte también por características de la psicopatología de cada paciente. Puede interesar el que me refiero a jóvenes tratados antes y durante mi tránsito por el instituto. De modo que la pareja terapéutica, como dúo, atravesó una dolorosa transformación en conjunto. Brindaré algunos breves extractos clínicos útiles para ejemplificar los puntos del escrito -el resto del material e historia vital quedan protegidos con la privacidad de sus dueños-. Lo incluido aquí sólo sirve a los fines de ejemplificar teorías del funcionamiento mental preservando la intimidad subjetiva del tratamiento. Son fenómenos pertenecientes a la situación analítica. La última aclaración será informar que se trata de pacientes diagnosticados en el amplio grupo de Trastornos del Espectro Autista.

A). El paciente había adquirido la costumbre de pasar al baño antes de ingresar al consultorio. Todas las sesiones. Su comprensión limitada de las palabras junto a la concreción del pensamiento bloqueaban las posibilidades convencionales de referirme a ese rígido proceder. Sin embargo había algo muy evidente. Dentro del baño hablaba con una voz más definida y pronunciada. Y en el consultorio se conducía sin alzar la mirada y con la menor cantidad de palabras posible. Era necesario pedir que repitiera dos o tres veces lo dicho, pues

no se entendían las palabras que eran masculladas. Entre la sensación de no poseer identidad suficiente –estructuración yoica– para usarlas como su propiedad, y la irrelevancia de ser dichas. No parecía que tuvieran alguna función.

Conforme el tiempo (años) fue pasando esta conducta se transformó. De manera lenta, invisible y progresiva. El baño no fue más visitado y las palabras en el consultorio se volvieron claras y expresivas. Incluso la mirada permitió una conexión más frontal y directa. Se establecía una comunicación verbal de otro tipo. Un intercambio de palabras vivas. Hasta la elaboración de chistes simples, pero graciosos.

B). El paciente ingresa al consultorio animado luego de unas breves vacaciones que me tomé. Se sienta en su lugar y mira toda la habitación, escrudiniando con detenimiento, atendiendo a los menores cambios. Sólo ha pasado una semana. De pronto salta con atolondramiento de su asiento y espetando las palabras anuncia que va al baño. Se escucha el agua correr, y su voz decir algo muy bajo, casi inaudible. Pasan unos minutos. Silencio. En el pasado hubo prolongado su estadía en el cuarto de baño lo largo de toda la sesión. Cuando revisaba qué había acontecido allí, me encontraba con orina en la ducha, el espejo marcado y salpicado, el lavabo lleno de líquido jabonoso, agua en el suelo, una gran cantidad de papel en el inodoro.

Ahora regresa del baño y ocupa su asiento. Antes que yo pueda pronunciar nada, el paciente alzando su índice ordena: “Silencio. Pasaremos toda la sesión en silencio”. Dicho esto se revuelve incómodo en el asiento hasta que decide cambiar de sitio y se acuesta en el diván. Allí se acomoda, mirando a la pared, con las piernas un poco recogidas... y se duerme profundamente.

En las sesiones siguientes de la misma semana se comunicará conmigo estableciendo una conversación rica en contenidos y realizará un dibujo de una *casa-museo*.

C). A la hora de tener su sesión virtual el paciente comunica que se conectará en breve, aclarando que está en el baño. Pasados veinte minutos aparece en la plataforma. En el pasado cuando tenía sesiones presenciales también transcurría prolongadas visitas al baño. Y se lo escuchaba con claridad hablar solo. Haciendo voces, cambiando el tono para interpretar personajes. Inmerso en una fantasía imaginativa.

Se necesitó mucho tiempo hasta que el material del cuarto de baño se integrara al resto de la sesión. El paciente se mostraba renuente al respecto, explicando que no revestía importancia, él quería enfocarse de lleno en los asuntos relevantes. Gradualmente, vergüenza mediante, comenzó a filtrar el contenido que habitaba las fantasías del baño, y desbordaba al resto de su vida. Primero convencido del poder imaginativo de su mente. Luego decepcionado por el corto alcance que tenían en la realidad. Sin entrar en detalles, el paciente se hacía más consciente del abismo entre sus fantasías mágicas y sus posibilidades/dificultades en la realidad. Explica que su imaginación lo hechiza, le hace perder la atención de lo que fuera estuviera ocurriendo, y le trae mala suerte. Incluso muchas veces cuando le hago un comentario él pide que lo repita porque mientras le hablaba se perdió en otras cosas.

Al momento de conectarse a la sesión, y en sucesivas ocasiones, el paciente relataría que en su fantasía hay un *duplicado* de mi persona, y de todos sus seres queridos. Lo peculiar es que no cumplen una función de acompañamiento, ni de sostén. En cambio le dan la espalda, lo dejan sólo. Llegando la

sesión a su fin —estuvo veinte minutos en el baño—, pregunta esperanzado si podemos extender el tiempo. Mi respuesta lo afecta, pero es aceptada.

Conclusiones provisionarias

Los estados autistas de la mente poseen manifestaciones clínicas como fenómenos de segunda piel (rigidez corporal, movimientos segmentados en bloque), identificación adhesiva (extensión masiva por contacto con el objeto de manera superficial y sin diferenciación), modos uni/bi-dimensionales de transitar la vida. Por otro lado, las situaciones de enclaustramiento son por cierto particulares, y merecen estudiarse con su especificidad. Me inclino a pensar que en estos pacientes la preconcepción de estar solos fue desestimada por intolerancia. En ellos observé que no habían establecido una experiencia de soledad. Y que el habitar los claustros indicaba una falta o incapacidad de establecer sostenidamente una relación con distancia y avatares. Si estaban fuera, era imposible el encuentro. Si estaban dentro, no había idea de la separación, ni reconocimiento del otro como distinto. El contacto se tornaba confuso.

En estos pacientes veo fenómenos de enclaustramiento y transformaciones. En el primero (A) fue una sorpresa ya que la discapacidad había marcado mucho las posibilidades intelectuales. El cuarto de baño le resultaba un habitáculo protegido sin interferencias para usar su voz con libertad. No considero que su caso sea un claustro, más bien una adhesividad bi-dimensional a los espacios que se flexibilizó. En el segundo (B), el baño tenía un papel en la fantasía transferencial. Ya habiendo alcanzado la tridimensionalidad, lo invadía y

descargaba con necesidad de controlar el objeto desde allí. Se logró establecer un pasaje de ansiedades catastróficas y mundo sensorial a un despliegue de ideas más apoyado en mi función analítica. En el tercero (C) se empieza a vislumbrar con mayor definición la dependencia con el objeto real y el dolor de la soledad. El claustro ubicado concretamente en el baño tiene su base operacional en la imaginación del paciente. El espacio mental erigido parecía resultar permeable al intercambio en el vínculo analítico. Es notable cómo el *doble* que habita en sus fantasías no encarna un objeto beneficiosamente colaborador, sino una versión distorsionada que no escucha ni atiende. Dando a entender que no está superada la confusión con el objeto, pero son claros los modos (omnipotentes) de querer poseer todos sus conocimientos.

El transcurso que comprende alcanzar la tridimensionalidad, marca una importante distancia con el estado mental autista, signado por el desmantelamiento, la desmentalización y la ansiedad catastrófica. El establecimiento del objeto también habilita una nueva gama de fantasías y ansiedades asociadas a la intrusión. Es recién aquí cuando el claustro puede figurarse como un espacio posible.

Un comentario final. El claustro cede en sus cerrojos y confortabilidad ahogante cuando el creciente reconocimiento del objeto se instala en la experiencia. Dando una muestra de la amplitud vital, de la extensión que ofrece el encuentro con otro distinto. Quien tiene una identidad diferenciada y sus propias ideas, como un paisaje su geografía. Sólo entonces pueden iniciarse los procesos de introyección como base para el crecimiento mental, y con ello las tensiones que plantea alcanzar y tolerar la *momentánea* posición depresiva.

El proceso analítico implica en su experiencia afrontar la soledad. La sesión tiene una forma particular de estar a la deriva. Con la cabeza sumergida y tapada por el agua, dando brazadas, emergiendo y pateando por respirar. Sujetos a cualquier objeto que nos permita flotar. Si es humano, mejor. Sólo así hay crecimiento.