

Sor Belén

Analista: Sor Belén tiene 33 años y se trata desde hace un año. Es hija única de un segundo matrimonio del padre, de cuya parte tiene un medio hermano mucho mayor, con quien no tiene relación. Es él —el medio hermano— quien paga el tratamiento desde los Estados Unidos, donde vive.

Es una mujer bonita y pequeña.

Siendo niña durmió en el mismo cuarto que los padres, y tuvo ocasión de presenciar múltiples escenas sexuales que la atormentaron. Guarda un recuerdo distante y hostil del padre a quien considera un avaro, aunque no puede dar cuenta de haber sufrido privaciones. En cambio evoca con cariño a su madre, a quien sin embargo le reprocha su supuesta hipocresía al tener relaciones sexuales con él por la noche y denostarlo de día. Mantenía con ella complicidades y ocultamientos para con su padre.

Ya adolescente participa en grupitos religiosos y evita relacionarse con muchachos pensando con devoción en Jesús. Este sentimiento se transforma en una especie de apasionamiento romántico; siente premura por entrar a un convento pero debe esperar hasta su mayoría de edad.

En el ínterin, a espaldas del padre, concurre a reuniones preparatorias para lo cual debe mentirle frecuentemente. Finalmente ingresa a un convento como monja de clausura.

Algunos pocos síntomas obsesivos que tenía previamente se intensifican en el noviciado. Más adelante presenta aversión por la comida y vómitos. Es reprendida por la maestra y la abadesa, y obligada a comer. Se siente humillada. Finalmente cae en un marcado episodio depresivo con intensa sintomatología, del que

sale poco tiempo antes de la consulta, mediante el uso de psicofármacos. Vive con una inestabilidad emocional notoria, cualquier frustración la sume en desconsuelos fugaces.

Tiene múltiples ideas obsesivas que se hacen presentes en el material, y algunas precauciones del tipo de volver a lavar cien veces los utensilios.

En el curso de estos años se amengua su apasionamiento por Cristo, y tiene algunos pasajes de enamoramiento con un sacerdote a quien ama en silencio. Luego de la depresión se enamora intensamente, y lucha infructuosamente contra la masturbación. Ambos hechos la exponen a actitudes contrastantes durante la confesión, según el director espiritual de turno.

Al comenzar el tratamiento las confesiones eran verdaderos suplicios —a pesar de la benevolencia de su actual director—, tanto por la severidad con que ella misma se juzga, como por el agotador relato exhaustivo al que se obliga ya que debe confesar supuestos pecados que tal vez haya omitido, o mal planteado en confesiones previas.

En ese momento vivía aislada en la comunidad, desprestigiada por sus trastornos ostensibles, según ella cree siendo dejada de lado.

La actual abadesa, sucedió a otra española de gran predicamento que se volvió a su país, y que Belén cree le guardaba poca simpatía. Es esta nueva madre la que tramita la ayuda del hermano de EE.UU. y me pide que la trate. La situación económica hace que su tratamiento curse con tres sesiones semanales; previamente realizó varios otros conducidos por profesionales de marcada heterodoxia religiosa, o con ostensibles inclinaciones católicas.

Dr. Meltzer: *¿Usted es católico?*

Analista: De origen sí, pero no de práctica.

Dr. Meltzer: *¿Por qué lo eligió la madre superiora?*

Analista: Me recomendó un sacerdote, porque antes había sacado a otro sacerdote de un brote esquizofrénico.

Son tres sesiones de la primavera del año pasado, de semanas diferentes pero cercanas una a la otra.

Dr. Meltzer: *¿Ella concurre a sesión vestida con hábito o con otra ropa?*

Analista: Viene con hábito.

Dr. Meltzer: *¿Se acuesta en el diván?*

Analista: Sí.

PRIMERA SESION

Paciente: Bueno doctor, yo quería contarle que tengo siempre esas ideas, menos pero las tengo, y muchas veces me aparecen cuando voy a la confesión; así que hoy quería contarle una, es acerca de la limpieza, por un pañuelo que tengo, porque resulta que sor Coleta cuando lava en el refectorio desparrama todo lo que lava, y eso va a parar a una rejilla con un caño, pero ella salpica y en una oportunidad me salpicó el pañuelo, y yo pienso siempre qué les puede pasar si llegan a usar ese pañuelo...

Dr. Meltzer: *¿Qué quiere decir eso?*

Analista: Que se podrían enfermar las otras hermanas.

Dr. Meltzer: *¿Cómo iban a usar el pañuelo de ella?*

Analista: Eso no lo sé.

Paciente: (Pone cara triste, arrugada y se lamenta) En mí no pienso, el padre Fabián me dice que se lo cuente a usted y no a él, que eso no es un pecado, pero yo no puedo porque me siento culpable y tengo que ir a contarle en confesión.

Analista: Usted cree que puede lavarse la conciencia como si fuera la colita, pero ensucia en el lugar que no corresponde y se enoja.

Paciente: Pero es que no puedo hacer otra cosa, yo me siento

culpable...

(Insiste con un tono que busca que le consientan seguir haciéndolo).

Analista: Usted me habla como si yo le prohibiera seguir haciéndolo.

Paciente: Bueno, le cuento un sueño doctor: yo tenía ganas de ver a la señora Blanca –después le cuento quién es– pero no podía; yo la tenía que llamar por teléfono o algo así, pero no la veía al final. En la segunda parte Liliana me batía un huevo con ese vino del abuelo... ¿cómo se llama?, ¡oportito!, yo lo veía pero no lo quería comer. (Sigue con entusiasmo). El padre Fernando tenía una teoría sobre la oración basada en la filosofía oriental, en la relajación y en el yoga, naturalmente todo visto desde el punto de vista cristiano, desde el punto de vista de Jesús. Él venía y nos enseñaba, traía libros y cassettes grabados; Blanca era su ayudante, su secretaria, después él se fue y al año siguiente venía al convento la señora Blanca. Había tres monjas que estábamos interesadas, la madre Rafaela –que por entonces no era abadesa–, sor Asunción y yo. A las tres nos gustaba mucho. Ella me prestaba libros y venía todas las semanas, yo le decía que quería estar más cerca de Jesús y eso a ella la entusiasmaba y me decía que ella también. Yo me preguntaba: “¿cómo no está celoso el marido?”... (Ella se pesca in fraganti respecto de que no tendría por qué ser así)... Bueno, eso era antes, cuando existía esa confusión... (Me aplaca, y sigue con culpa)... Ella me contaba también cosas de ella, y yo supongo que eso no lo veía muy bien la madre Inmaculada porque no siendo de mi familia no tenía que venir a visitarme, pero todo estaba centrado en la oración y en Jesús; claro que ella me contaba que se preocupaba porque la hija no creía, y un hijo de ella estudió con los salesianos, pero al final no profesó. Era un dolor para ella, nadie podía creerlo, ni sus compañeros ni sus familiares...

Dr. Meltzer: *¿Nadie podía creer qué?*

Analista: Que el hijo de la señora Blanca no hubiera profesado.

Paciente: ...Pero a la madre Inmaculada no le gustaba y me dijo que eso se estaba convirtiendo en una especie de dirección espiritual, y que para eso estaban los padres. A mí me cayó mal, hasta que al final me llamó y me dijo que no podía seguir; entonces yo la llamé por teléfono y le dije que no viniera más. Yo oí que le cambió la voz y me di cuenta que lo sintió mucho. En una oportunidad me acuerdo que vinieron con el padre Fernando y a mí me mandaron a lavar el refectorio y las demás fueron. Yo tenía muchas ganas de ir pero no pude, me quedé lavando y sufrí mucho. Entonces ese sufrimiento yo se lo ofrecí a Jesús...

Dr. Meltzer: *¿Adónde quería ir ella que no podía ir?*

Analista: A ver al padre Fernando y escucharlo.

Paciente: El cóctel ese que me preparaba Liliana a mí no me gusta nada; ella lo batía bien y yo la veía, veía el huevo y no me lo quería comer para nada.

Analista: Usted se enfrenta a un dilema: por un lado una madre le dice que los maridos no sirven para nada, y otra le dice que se debe recurrir a los padres. Creo que usted quiere que yo tome partido en contra de la segunda, lo que tendría como consecuencia la no aparición de nuevas hermanitas...

Dr. Meltzer: *Bueno, bueno... ¿de dónde sacó usted todo esto?, probablemente esté bien, sea correcto... Hay una multiplicidad de madres. Hasta ahora parece que su impresión es que toda comunicación de la paciente tiene la intención de producir una respuesta del analista. Su comunicación siempre contiene algún tipo de manipulación o acción. El analista debe tomar partido por ella, perdonarla y preocuparse o no por ella. Siempre hay un intento de control y de ejercer una cierta influencia sobre el analista.*

El acto en que ella fue descubierta en relación con la señora Blanca fue el decir: “cómo es que el marido no está celoso que ella quiera estar más cerca de Jesús”, ¿es así?

Analista: Si, es así.

Dr. Meltzer: *Ella piensa cómo es que el marido no estaba celoso por la infidelidad de la mujer al pensar en Jesús. Revela que para ella todo lo que pasa en la iglesia tiene que ver con un interés sexual de la gente con Jesús.*

¿Qué quiere decir que después de la depresión ella se enamora profundamente? ¿Nos puede contar algo más de esto? ¿Es que entra en un estado de profundo amor por Jesús o de otro padre?

Analista: Cuando ella era adolescente estaba enamorada de Jesús. Cuando entró al noviciado tuvo algún enamoramiento fugaz y no demasiado profundo, por el padre José María. Después de la depresión pensaba todo el tiempo en el padre José María y tenía fantasías de casarse con él, de poder llegar a tener un hijo...

Dr. Meltzer: *¿Y ahí comenzó a masturbarse?*

Analista: No, lo de la masturbación es colateral, siempre se masturbaba, con el padre José María o sin el padre José María.

Dr. Meltzer: *No sabemos hasta acá, si su vida religiosa es su vida sexual, o si su vida religiosa está contaminada por la sexualidad infantil.*

Usted aparentemente se está manejando con estos procesos sociales en constante movimiento, como si fuesen una gran familia de múltiples padres y múltiples madres, ella misma teniendo múltiples apegos y lealtades y demás, ¿es así?

Analista: Cuatro por lo menos...

Dr. Meltzer: *Central en el material también es el batido de este huevo que ella no come, y este huevo quizás esté contaminado por este vino que tiene un nombre que sugiere una contaminación anal –oportó.*

Estoy comenzando a pensar referencias a “Pegan a un niño” en la habitación de al lado. Entiendo que no estamos tratando sólo con la sexualidad infantil sino con una sexualidad infantil sadomasoquista; la iglesia y el convento son un claustro de algún tipo que no es tan limpio y puro

como debería ser. La paciente está vivenciando este lugar religioso como un claustro de actividades sadomasoquistas, un lugar tiránico, castigador y por otra parte todo muy sexualizado pero en una forma sadomasoquista anal.

En otras palabras, no es la historia de una mujer cuya religión está contaminada por la sexualidad infantil, sino que escucho que es la historia de una psicótica borderline. Y no sólo estoy escuchando “Pegan a un niño” en la habitación contigua, también al “Hombre de los lobos” preguntándole a la mamá: ¿Jesús tiene cola?

El problema técnico de establecer una situación analítica con un paciente psicótico borderline que vive en un mundo claustrofóbico, es que el paciente supone que el analista es parte de ese mundo. El haber sido designado por el establishment, lo convierte en un sirviente del establishment.

Es necesario hacer la distinción entre la confesión como una forma de someterse a la tiranía, y lo confidencial como una expresión de relaciones íntimas. Y ciertamente suena que su conducta en el análisis es de la naturaleza de la confesión, aunque no es igual que lo que hace al confesarse con respecto a los pecados, pero con la similitud que todo va a ser potencialmente informado a la jerarquía. Esto no debe confundirse con ideación paranoica sino que así es como es la vida en el mundo claustrofóbico, es un mundo kafkiano –donde todo es naturalmente informado al castillo–, se asume que es así, no hay nada paranoide acerca de esto.

Desde este punto de vista, la actividad del analista es oída por ella no como un esfuerzo para entender lo que le ocurre sino que tiene implicaciones acerca de cuál va a ser el juicio de arriba, son avisos, advertencias. Por ejemplo, releendo nuevamente la interpretación del analista que le dice a la paciente “Usted se enfrenta a un dilema: por un lado que tiene a una madre que dice que los maridos no sirven para nada, y otra que le dice que se debe recurrir a los padres. Creo que usted quiere que yo tome partido en contra de la segunda, lo que tendría como consecuencia la no aparición de nuevas hermanitas”. Si estoy en lo cierto acerca de esta organización de su mente, la paciente

escucharía esto como si el analista dijese: “yo creo que usted quiere que le dé alguna pista acerca de cuál es la mamá buena y cuál la mamá mala; de manera que usted evite meterse en líos”. Toda problemática en este momento, acerca de los procesos de las relaciones íntimas de una niña que se opone al coito de los padres porque no quiere nuevos bebés en la familia, no es la problemática en el claustro. La problemática es si uno está a salvo o si lo van a echar.

Lo que estoy diciendo es que si a uno se le presenta esa parte de la personalidad, y por ahí es todo lo que hay en esa personalidad que está viviendo en un mundo claustrofóbico, no se puede llevar adelante un análisis, porque no hay posibilidades de transferencia, no hay posibilidades de comunicación; todo es concretamente vivido como un proceso de un sistema tiránico y jerárquico.

Si uno tiene la impresión que este estado mental ha existido desde muy temprano, y que probablemente haya muy poco más en esta personalidad, aparte de lo que se ha desarrollado en este estado mental, lo que va a tener que hacer, visto desde este punto de vista, es ayudar a esta parte para que salga de este claustro y logre establecer una relación objetal en un mundo distinto, en una atmósfera distinta. Lo que es un proceso muy largo y difícil.

Participante: Me gustaría preguntarle por qué habla de claustrofobia si ella eligió un tipo de vida enclaustrada como una forma de defensa. Entiendo que se refiere a un estado mental, pero me gustaría si lo pudiera explicar.

Dr. Meltzer: *Muy bien, podemos hablar de claustrofilia si lo prefiere, pero el hecho es que ella vive en este estado mental dentro de un objeto, y ese lugar donde ella vive es muy distinto al lugar donde vivimos nosotros y donde se puede conducir un análisis.*

Si en cambio este estado mental se ha desarrollado más recientemente, como muchas veces sucede en la pubertad o en la adolescencia, es decir esta entrada en el claustro y la aparición del estado mental claustrofóbico, entonces es posible tratar de entrar en contacto con la parte no psicó-

tica de la personalidad para establecer con esa parte una relación analítica; y esto implicaría un trabajo menos arduo, con mejores perspectivas. En el caso que estamos mirando, la evidencia de los datos que tenemos hasta ahora sugiere que su estado mental actual no es nada más que una continuación del vivir en el dormitorio de los padres, y esto probablemente se remonta al primer día de su vida. Entonces parece que va a tener que tratar de permitirle salir de ese estado claustrofóbico, y esto va a llevar mucho, mucho tiempo.

Vamos a seguir con el material para ver si podemos encontrar algunos elementos acerca de la manera de ayudarla a salir de ese mundo claustrofóbico en el que ella está instalada, y poder empezar un trabajo analítico.

Analista: Me quiere convencer a mí, medio puerilmente:

Paciente: Pero la madre Inmaculada estuvo mal. La otra vez yo volví al convento con sor María, sor Lucía y sor Mercedes que habían ido a otros médicos, nos encontramos por casualidad en el tren. Yo las vi de lejos y dije: “¡cuántas monjas!”, sólo después las reconocí. También de casualidad encontramos a la señora Blanca. Ella me miró, nos saludamos y ella me miró a mí. Me contó que su hija está en París y todavía no cree o no practica, no sé... ella tiene esperanzas porque dice: “si Jesús me esperó a mí, la va a esperar a ella con más razón”. Yo le hablé a la madre Rafaela y le conté que tenía ganas de verla; ella no se mostró muy contenta, me dijo que para qué, que si quería... bueno, alguna vez, pero que era preferible que hablara con los padres.

Analista: Parece que reaparece una y otra vez, la misma, y está de acuerdo conmigo. Hoy a la otra le cuesta acercarse hasta en el sueño.

Dr. Meltzer: ¿A qué se refiere?

Analista: Yo le había planteado que había dos madres, una que prefería a los padres y a los hombres, y otra que decía que no. Ahí reiteré la idea.

Paciente: Ni escribirle cartas se puede, porque está visitando un asilo de ancianos donde están las tías de Liliana... pero ahora me acordé que ya no va allí. Ahora me acordé que una vez me dijo que el marido le reclamaba relaciones y ella lo hacía como un sacrificio porque era el marido, pero no le gustaba.

Analista: Esa madre está de acuerdo con una teoría celosa suya, se aguanta ser ensuciada por obediencia.

Dr. Meltzer: *¿La otra madre es la señora Blanca?*

Analista: Sí.

Dr. Meltzer: *También parece estar diciendo que la objeción de la madre superiora de que ella hable con la señora Blanca, es porque la señora Blanca le habla de sexo.*

Paciente: (compungida) Una vez mi papá le dijo a mi mamá que me hiciera huevo con oporto para que creciese bien, pero mi mamá fingió que lo hacía con el vaso vacío y una cucharita. Todo para que mi papá creyese que le hacía caso, y después hicimos como que yo lo tomaba. En cambio Liliana en el sueño le daba con todo.

Analista: Tenemos nuevamente estas dos versiones contradictorias. Liliana hace caso del hombre, pero una nenita cree que comerse esa versión de los hechos es contaminarse y ensuciarse.

Dr. Meltzer: *...Cuando la señora Blanca le cuenta de las relaciones con su marido, tiene el mismo significado que cuando ella y su madre se confabulaban para engañar al padre, y hacerle creer que ella estaba tomando huevo batido con oporto. Si se juntan estas dos versiones se puede llegar a otra que sería: cuando papito le dijo a mamita, “dejame que yo eyacule adentro tuyo para que tengas este buen semen para alimentar a la niñita”, mamá y yo nos confabulamos y fingimos hacerlo. Ella fingía que me lo daba como alimento y yo fingía que lo tragaba.*

Versión dos: cuando papito le dijo a mamita “dejame que yo eyacule adentro tuyo para que mi semen haga que tu leche sea buena y rica para el bebé”, mamá lo dejó que eyaculara pero me dijo a mí en secreto: “chupá de la otra teta”.

Empezamos a tener algunos datos acerca de la relación de connivencia entre la nena y la mamá con respecto a la eyaculación del padre y esto parece importante.

Ahora, lo que implica todo esto es que lo que los hombres realmente quieren, es que las bebitas le chupen el pene, y si no lo obtienen directamente lo hacen indirectamente eyaculando adentro de la mamá, para que el semen se mezcle con la leche y que de esa manera las bebitas lo chupen indirectamente.

Otra versión: cuando vos creés que Jesús está en la cruz sufriendo, en realidad está ahí mirando con relativo placer, cómo ustedes las chicas, toman la hostia.

Digo esto solamente para mostrarles de qué manera perversamente sadomasoquista es el mundo de las relaciones dentro del claustro. No hay relaciones, solamente hay confabulaciones y alianzas. El único valor en ese sistema de valores es la supervivencia, y la supervivencia significa no ser echado. Lo que significa ser echado hay que descubrirlo con cada paciente, pero generalmente significa volverse esquizofrénico.

¿Seguimos?

Analista: En la sesión anterior había contado una pelea con sor María en tono trágico. Supone que ha provocado un enfrentamiento irreconciliable y no encuentra consuelo. Le había echado en cara hacer claras preferencias hacia sor Ángeles en detrimento suyo. Por la noche me llamó para contarme que se sentía mejor.

Paciente: Me parece que usted tiene razón, estuve pensando en lo que hablé de los sacrificios, pero voy a conversarlo con el padre Fabián. Yo quiero inspirarme en la vida de los santos. Ellos se sacrificaban. Cuando ayer me encontré con María, ella no se había tomado para nada a la tremenda lo que pasó, y hablamos lo más bien. Por la tarde estuve bien, pero tuve que ir a una clase que daba un padre así que no lo pude llamar hasta

la noche. Le pedí permiso a la madre, pero no le conté para qué quería hablarle porque para qué, igual ella no preguntó. Yo sí me la tomaba a la tremenda. Para mí todo es una tragedia. Bueno doctor, no sé si usted me quería decir algo más de lo que me dijo ayer... (se queda callada) ...Entonces quería contarle un síntoma, yo sé que usted se va a enojar porque es una estupidez, porque yo hago siempre lo mismo, pero no es voluntario y cuando viene el padre Fabián para mí es un drama...

Dr. Meltzer: *Si la manera de mirar el material anterior era para tener distintas versiones de la forma en que ella entraba en alianzas y pactos perversos con la madre, ahora tenemos la oportunidad de ver cómo hace lo mismo en la relación con el padre; el ejemplo sería el llamado telefónico al analista.*

Continuemos...

Paciente: ...pero no es voluntario y cuando viene el padre Fabián para mí es un drama. A él no se lo conté porque me iba a cargar, así que total para qué... Resulta que yo escuché que decían... (este es un comienzo muy remanido de sus relatos, y calla para ver cómo lo tomo yo) ...yo sé que a usted le parece una tontería, pero yo escuché que decían que sor Encarnación... no sé quién lo decía, alguna de las monjas mayores supongo, no me acuerdo... decían que sor Encarnación se murió de cáncer. Eso es cierto, ella tuvo un cáncer y se murió. Bueno, decían que tuvo un cáncer porque comía cucarachas, y que comer cucarachas produce cáncer. Eso decían... ¿es cierto, es cierto? Bueno, eso se lo ofrecí a Dios como un sufrimiento, un castigo.

Analista: No entiendo, ¿usted quiere decir que se lo ofrecía como algo bueno?

Paciente: (Se ríe tensa) Bueno, como un sacrificio, como los que se castigan, nosotras hacemos penitencia. Yo no la entiendo mucho pero la obedezco...

Dr. Meltzer: *Parece que hablar por teléfono con el analista*

y comer cucarachas está relacionado de alguna manera, y está vinculado por un lado al hecho de provocar cáncer, y por el otro lado al sufrimiento de los mártires y de los santos. Tenemos otra versión de este terrible semen de papá, que en esta sesión se llama cucarachas así como en la sesión anterior se llamaba huevo batido con oporto.

Se hace claro que aquí hay dos versiones distintas: una es que si se comen cucarachas, o si se toma oporto con huevo batido, se es una chica mala y perversa, entonces una va a ser echada con cáncer. La otra versión es que si una se somete al displacer, sufre, se aguanta, se martiriza, como un sacrificio para Jesús, entonces una se convierte en una santa.

¿Qué significa este mundo kafkiano? Significa que éste es un mundo donde no hay manera a través de la cual se pueda saber, ya sea a través del pensamiento, de la observación, de la reflexión, o de la comparación, si algo es bueno y santo y una va a ser promovida a ser una santa; o si algo es malo y terrible y uno va a ser echado para siempre del claustro. No hay manera de saber por qué en este mundo todo está determinado por algo arbitrariamente decidido desde arriba. Es arbitrario en el sentido que no hay absolutamente ningún fundamento, es simplemente una cuestión de los factores imponderables que rigen los caprichos de los que viven ahí arriba en el castillo, en el Vaticano, en el palacio presidencial, o en la comisión de la Asociación Psicoanalítica.

En este momento en su relación con el terapeuta, ella no sabe si estos secretos llamados telefónicos al analista son parte de su santidad incipiente, o si van a ser descubiertos en realidad como un pacto con el diablo.

Pero en estos ejemplos parece claro que lo crucial es la cuestión de si uno se traga o no se traga el semen de papá.

Paciente: ... yo no la entiendo mucho pero la obedezco, y yo pienso que cuando estoy en la cocina, las cucarachas... en la cocina hay cucarachas ¿sabe?, están por todos lados, y apoyan las patitas vaya uno a saber dónde porque andan por cualquier parte... entonces yo apoyo una cuchara o algo así allí, después negligentemente no lavo bien, y las hermanas se contaminan

en el refectorio y van a tener cáncer. ¿Puede ser?

Analista: Yo sé de una hermanita que sí se contamina, comiéndose cualquier cosa que proviene de una vieja loca, vaya uno a saber cómo.

Paciente: Bueno, yo creo que fue alguna de las hermanas mayores la que lo dijo, porque no fue Liliana, ni María, ni Ángeles, ni Mercedes, ni Lucía, así que tiene que ser alguna de las ancianas.

Analista: Por lo pronto es una vieja que no puede ponerse de acuerdo con el padre, que en esta sesión se llama Fabián.

Paciente: ¿Entonces no producen cáncer? (se queda callada)...

Dr. Meltzer: *A lo que quiero llegar es que las cosas realmente se salieron de control, que ese semen terrible está en todas partes; estas patitas encantadoras de las cucarachas son su forma de distribución y están por todos lados. Esto en sí mismo no importa, lo que importa es si uno se lo come de una manera santa o se lo come de una manera pecaminosa. Esto tiene que ver con el llamado telefónico secreto al analista. Esto no significa transferencia, sino que significa que Ud. es sólo parte del sistema y que hablarle a Ud. en las sesiones es como una confesión donde el analista toma algunas notas y va a informar a la jerarquía y demás. Tal vez si le tiene cariño va a darle algún dato, alguna ayudita para que ella no se meta en problemas. Pero ahora apareció otra cosa que es este llamado telefónico secreto, y entonces ahora Ud. es parte del sistema de las cucarachas.*

Paciente: ¿Entonces no producen cáncer? (se queda callada)... Bueno, no es voluntario... (me dice como aplacándome)

Analista: Usted debe creer que a mí me queda dando vueltas en la cabeza lo que me dice, sin saber qué hacer, y me parece bien que sufra como castigo.

Paciente: No, no, no... yo no creo que ni a usted ni a Dios les parezca bien eso, lo digo porque lo oí. Para colmo después me aparece otra idea y esa es la peor, que es que yo le entrego el alma al diablo, y yo sé que no, al menos según el padre Fabián que me dice que se lo cuente a usted, por eso lo hago, a pesar de que usted ya me interpretó acerca de este síntoma y lo sigo teniendo sin poder evitarlo.

Analista: No sé qué pasa con el alma, pero lo que hace a la capacidad de discernir no se la da al padre sino a la vieja, que probablemente es la misma que le dice que no tome su huevo con oporto.

Dr. Meltzer: *Uno puede ver aquí qué tarea tan imposible es tratar de entender este material como si fuese material analítico y tratar la relación con Ud. como si fuese transferencial. Ella lo absorbe como una de las centenares de personas en esta organización, hacia su mundo claustrofóbico. Cualquiera que ha tenido la experiencia de tratar pacientes psicóticos borderline tiene esta misma vivencia, la de volverse simplemente uno más de innumerables personajes en su mundo borderline, y esto se ha llamado transferencia psicótica.*

En mi experiencia es una tarea interminable y estéril, tratar un material así como si fuera transferencial. Si volvemos al concepto de identificación proyectiva y pensamos que el material es un material claustrofóbico y refleja que por lo menos una parte o quizá toda su personalidad está viviendo adentro de este claustro —probablemente un equivalente al dormitorio de sus padres en su infancia—, tenemos acá entonces una ilustración perfecta de los dos tipos distintos de fenomenología que se producen por la identificación proyectiva. Una es la parte identificatoria que tiene características fundamentalmente grandiosas y en ese sentido una identificación delirante con el objeto, y que aquí está representada en ella por la aspiración —no expresada pero indudable— de santidad. La otra es la angustia claustrofóbica, la ansiedad de estar atrapada en un mal lugar, donde uno está siempre en peligro, en este caso de ser acusada de hacer un pacto con

el diablo, y de ser echada de ese lugar.

Se puede ver ya en este material la naturaleza general del mundo claustrofóbico, que es un mundo institucionalizado, jerárquico, y todo está reglamentado arbitrariamente desde arriba. En este mundo se puede sobrevivir de dos maneras diferentes: una es a través del engaño y el disimulo de modo que nadie se dé cuenta que uno en realidad no cree en ese mundo, o se puede creer en ese mundo y tratar de llegar hasta la cumbre.

La estrategia que se puede instrumentar, entendiendo de esta manera la doble fenomenología de la identificación proyectiva, es también doble: una, es dirigir la atención a la grandiosidad, y tratar de minarla —en el sentido de hacerla disminuir— describiéndola, que en el caso de ella consistiría en la creencia secreta que tiene de que ella es una santa, y su esperanza que finalmente se van a dar cuenta de su santidad y va a ser canonizada. Y por el otro lado describirle la naturaleza del mundo claustrofóbico en el que está viviendo: todas sus cualidades claustrofóbicas, las exigencias que plantea de deshonestidad y engaños, la imposibilidad de toda relación íntima, cómo todo es reemplazado por connivencias y alianzas; y mostrarle cómo en ese mundo no hay ninguna posibilidad de relaciones íntimas.

La dificultad en esto es que las instituciones —cualquier institución no importa cuán benevolente sea—, se parecen en algo a ese mundo claustrofóbico. En este caso es necesario tener claridad en la mente suya (del analista) que lo que le está describiendo no es la Iglesia Católica, sino su forma de vivenciar la Iglesia Católica. La Iglesia Católica es sólo una institución, y tiene este parecido.

La tercera parte de esta estrategia es insistir cada vez que sea posible que usted no está viviendo en ese mundo claustrofóbico, que usted es psicoanalista pero que eso no significa que usted vive en el claustro-mundo psicoanalítico como ella en su institución. Mostrarle que en el consultorio el analista es absolutamente un individuo que no está bajo ninguna jerarquía y no tiene que dar informes a nadie. Uno es totalmente responsable de llevar adelante el análisis con la paciente, interesado en su bienestar

mental, y eso es lo único que importa. El significado de esta estrategia es esencialmente que está de visita adentro de un mundo claustrofóbico por dos motivos: uno, es socavar su grandiosidad y aumentar su angustia claustrofóbica para que tenga ganas de salir. Pero aunque uno está de visita en ese mundo, especialmente la está esperando afuera cuando ella decida poder salir para empezar el análisis.

Una de las cosas en que insiste la persona que vive en esta situación claustrofóbica es que no hay salida. Uno tiene que demostrarle –cuando el material lo permite– que hay en algún lugar una puerta abierta, y que uno sabe que está abierta porque uno mismo entra y sale a cada rato.

En el curso de esto también es necesario explicarle a la paciente por qué lo que uno está haciendo con ella no es un análisis. Debemos mostrarle qué clase de relación hay entre el paciente y el analista cuando se está realmente en un proceso de análisis, y por qué en el estado mental de ella esto es imposible. Fundamentalmente a pesar de toda esta actividad es una cuestión de esperar, y lo que ocurre –si uno tiene suerte– es que gradualmente el paciente empieza a vivenciar algún tipo de ligazón con uno, empieza uno a ver evidencias de reacciones ante las separaciones y después de alguna separación prolongada –en mi experiencia–, por ejemplo después de una vacación de verano, ver que el paciente vuelve a uno de una manera diferente. Y entonces si esto ocurre se entra en un período de análisis donde el paciente entra y sale del mundo claustrofóbico. Cada vez que el stress se hace muy grande se refugia nuevamente en él. El análisis de estas entradas y salidas se parece bastante, aunque de un modo muy intensificado, a lo que he descripto como la clarificación de las confusiones geográficas. Esto lo siento muy vívido porque yo tengo en este momento dos pacientes con los que estoy luchando muy fuertemente en esta forma, durante los dos últimos años. Los dos están en este período de entrar y salir.

Participante: ¿En qué sentido o por qué usted dice que no es transferencia?

Dr. Meltzer: *Porque no tiene nada que ver con la vida familiar. Claro que uno ve muchas familias que son instituciones en lugar de familias, y pueden ser despotismos benévolos o pueden ser campos de concentración o demás. La transferencia es una manifestación de la vida familiar —por más perturbada que sea en términos de fallas maternas y/o fallas paternas, relaciones inadecuadas y demás—, siempre es vida familiar con toda la emocionalidad que es característica de la vida familiar. En este tipo de situación no existe la emocionalidad de la vida familiar sino que tiene la emocionalidad de la perversión.*

Al hablar de la emocionalidad de la perversión estoy, según mi punto de vista, usando un nombre impropio. La emocionalidad de las perversiones —no son de hecho emociones—, son estados de excitación provocados por la fantasía. Todo lo que sucede en este material son estados de excitación provocados por la fantasía; no son emociones. Por lo tanto tienen también el mismo significado que las fantasías concientes que se usan para producir la excitación sexual para la masturbación. No son fantasías inconcientes sino fantasías concientes para crear la excitación.

La mayor parte de los pacientes borderline que uno ve no están tan enfermos como parece estar esta mujer, y la mayoría han tenido algunos años —aunque sean pocos— en la infancia de desarrollo razonablemente normal; hasta que diversos factores, ruptura en el grupo familiar, enfermedad grave, toda clase de cosas, ocasionaron esta vuelta en campana, de manera que sus órganos de atención, su conciencia, y por lo tanto su motilidad, su actitud hacia todo, resultaron dominados por una parte de la personalidad en identificación proyectiva. Mi suposición es que esta paciente no tuvo casi un período así en su vida. Sospecho que en ella este estado mental ha estado presente, como dije, desde que vivía en el dormitorio de los padres. Las situaciones que muchas veces provocan este volcarse a un área inconciente donde se está en un estado de identificación proyectiva en niños menos perturbados, pueden ser mudanzas, especialmente migraciones, tener que cambiar de país y de idioma, y estos cambios son

algunas veces los que provocan el volcarse hacia el claustro.

Una categoría de estos pacientes son algunos pacientes pseudo maduros, que dicen cuando están en análisis que no pueden recordar nada de sus primeros años de vida, o hasta los 7, 8 años. Y esa época –de los 7, 8 años– es el momento donde se dio algo, a veces algo no tan traumático en un sentido más amplio como una mudanza, pero que marca como una divisoria de aguas entre un antes y un después, y en ese después se han refugiado adentro del claustro.

Participante: Cómo diferencia usted entre lo que sería un latente que se maneja en una estructura jerárquica antes de la desidealización de los padres, y este tipo de vida en estas instituciones.

Dr. Meltzer: *El período de latencia de un chico normal o la latencia normal, es el momento de la vida donde se ha escapado del torbellino del conflicto edípico, conflicto edípico predominantemente pre-genital, a través de la imposición de mecanismos obsesivos que permiten mantener controlados y separados a sus objetos, y también a través de esto mantenerlos desexualizados. El niño latente normal es lo que se podría llamar el latente suave; porque no deja de tener alegría, puede jugar, divertirse, disfrutar cierto monto de intimidad en el hogar, con amigos y demás. En oposición a esto está el niño latente rígido que muchas veces tiende a ir hacia la seudomadurez. Este niño en general es un niño que carece de alegría, que vive con una intensísima angustia por hacer cosas que serán mal vistas, y tiene temor a terribles castigos que especialmente son los de ser expulsados de su familia.*

En una paciente como ésta estamos tratando con la identificación proyectiva en el recto de la madre; el mundo de las perversiones sexuales, y de una manera u otra el mundo del campo de concentración. Hay otros tipos de pacientes psicóticos borderline que están en identificación proyectiva en otros lugares o espacios del interior del objeto materno. Están aquellos pacientes en los que el aspecto identificatorio de la identificación proyectiva toma

la forma de una erotomanía y están dentro del área genital. También se ven algunos –con menos frecuencia– que están en un estado de bienaventuranza blanda, sin contenidos, muchas veces acompañados de una gran omnisciencia y de una secreta religiosidad grandiosa; éstos parecen estar adentro de la cabeza y los pechos.

La razón para llamarlos psicóticos borderline en mi opinión, es porque estos estados, si están bien establecidos, son estados pre-esquizofrénicos, y esta paciente es sin duda una esquizofrénica en potencia. Puede verse con el material de las cucarachas, cómo las cosas se le pueden escapar tanto de las manos, que ella entra en un estado tan fuera de quicio, que comienza a aparecer el sistema delirante paranoico.

Participante: Al comienzo Ud. habló de la diferencia entre fobia y paranoia, ¿podría ampliar esto?

Dr. Meltzer: *La diferencia entre los estados paranoicos y la persecución incipiente que puede verse en todo el material que presenta esta paciente, es que para el paranoico todo está explícitamente y específicamente dirigido contra él y es una manifestación de una especie de egocentrismo monolítico. Para esta paciente la persecución no es más que la naturaleza del mundo claustrofóbico, y todos en este mundo están igualmente perseguidos cuando están en el mismo nivel de la jerarquía que ella; piensa que los que están en niveles superiores están en otra situación.*

Paciente: No, no... creo que entiendo lo que me quiere decir... (Se queda callada y después dice:) ¿Quiere que cuente un sueño doctor? (La pregunta es para ver si terminé con lo anterior y puede dar vuelta la página). Es un sueño que tiene tres partes. En la primera yo hacía un viaje al norte de la provincia de Buenos Aires, no sé adónde era aunque conozco la zona. Sería San Nicolás o Zárate... por allí. Yo me acuerdo de la palabra "Rosario". Yo tenía miedo de quedarme dormida y despertarme en Córdoba porque me había pasado de largo. Si eso pasaba no iba a hacer a tiempo como para volver al convento y ver al padre José María que iba a dar misa, y eso me

angustiaba. En la segunda parte yo cantaba “Historia de amor”, que es una canción de la que yo recuerdo la música pero no la letra. Por fin me tenían que operar el intestino...

Dr. Meltzer: *¿Esa es la tercera parte o sigue con la segunda parte?*

Analista: No, sigue con la segunda parte...

Paciente: Por fin me tenían que operar el intestino y yo decía: “¡qué terrible!”. Yo pensaba que me iban a dormir y no iba a sentir nada, pero igual tenía miedo. Me acordaba de las hermanas que fueron operadas pero eso no me tranquilizaba. En la tercera parte yo llegaba acá y salía esa rubia que sale los viernes; es muy buena moza. Liliana había venido conmigo y había entrado a hablar con usted porque quería decirle algo. Cuando salía estaba contenta y cantaba una canción, que aunque no tenía malas palabras, no era propia de una monja. Y yo decía eso, “¿qué le pasa a Liliana?, eso no es propio de una monja”. Rosario me hace acordar a un rosario, y Córdoba a que el padre José María dijo que iba a pasar sus vacaciones allí, en el lugar donde viven los seminaristas cordobeses. Iba con sus propios seminaristas, sor Jesús —que es de Catamarca— porfiaba que iba a ir a Catamarca, pero él había dicho que no. Antes sí había ido alguna vez y le había llevado cartas a Jesús, pero esta vez no. Jesús es así, si le hablan de Catamarca ella no razona. Con eso de si llegaba tarde me acuerdo que tal día es el último que viene José María al convento...

Dr. Meltzer: *¿Eso todavía es el sueño?*

Analista: No, ella me está diciendo qué piensa del sueño.

Dr. Meltzer: *¿Dónde termina el sueño?*

Analista: Cuando Liliana salía y cantaba algo que le parecía que no era propio de una monja, de ahí en adelante son todas cosas que ella dice que se le ocurren.

Dr. Meltzer: *Vamos a hablar un poco del sueño porque*

viene muy al caso para hablar de los distintos compartimentos. Es un pequeño viaje al compartimento vaginal, y tiene algo que ver con haber visto a esta chica rubia, linda, muy contenta saliendo del consultorio, encima la canción "Historia de amor". Enseguida vuelve de la historia de amor a la situación sadomasoquista en la parte del sueño donde le operan los intestinos.

La pregunta es si en algún momento llegó a este otro compartimento o si sólo se imaginó que llegó a él. Si se durmió o no, y se despertó en Córdoba o Rosario, es muy ambiguo. Ciertamente rechaza rápido lo que se refiere a su fantasía erótica. Su erotismo es excitado e inmediatamente ella vuelve corriendo a transformarlo en una experiencia sadomasoquista. Lo que pasa entonces cuando ella ve salir a una rubia del consultorio con aspecto feliz, es que le provoca una excitación en el proyecto o la posibilidad objetiva de que ella también puede tener una relación sexual con el analista, pero eso no es apto para una monja, y entonces rápidamente vuelve al tipo de vínculo al que está acostumbrada, que es el del sadomasoquismo donde el analista es alguien que le opera el intestino.

Si uno piensa que ella se enamoró del padre José María, uno puede ver que lo que es posible —y hasta probable que ocurra—, es que se enamore locamente del analista. Con facilidad uno podría pensar que eso es una transferencia erótica, más que simplemente el otro compartimento del claustro.

Uno se podría encontrar con estos estados en forma alternante, donde algún día viene locamente excitada eróticamente a la sesión, y al día siguiente tiene que reforzar su masoquismo.

Participante: ¿Usted le describiría, interpretaría, estos espacios a la paciente?

Dr. Meltzer: *Sí, se lo describiría, y le describiría aprovechando el material onírico las características de estos espacios, y le diría cómo va de uno a otro, o cuando se duerme a veces se sale de un lugar para pasar al otro.*

Analista: Esto parece celos con la rubia...

Dr. Meltzer: *No, eso no es celos, es solamente decir: “¡uy, hay otro lugar!, se trata de ese otro lugar y yo puedo estar adentro de ese otro lugar”. Ella misma es una chica bastante linda, ¿no?*

Analista: Sí...

Dr. Meltzer: *Para ella el analista, –en su posición como funcionario del establishment–, va a estar siempre cumpliendo con ella una función sadomasoquista. Ella puede ver que a veces cuando pacientes mujeres son lo bastante lindas, el analista podría hacer algo distinto para su propio placer sin informarlo a sus superiores.*

Esto creo que viene de un contexto diferente que los llamados telefónicos. Los llamados telefónicos tienen más que ver con las cucarachas, la parte de ella que se humilla masoquísticamente en su relación con el analista.

Paciente: Con eso de si llegaba tarde me acuerdo que tal día es el último que viene José María al convento y yo no sé si voy a llegar a verlo. Es viernes y puede superponerse con la sesión. Además no sé si ir o no ir... (se queda callada)

Lucía, Liliana y Mónica fueron operadas de verdad en el San Camilo. La canción la recuerdo bien pero no la letra, estaba en un film de amor que terminaba mal porque la muchacha moría y él se quedaba con el recuerdo de ella en la mente. En realidad eso es lo único que yo tengo del padre José María... La señora de los viernes siempre sale riéndose, y lo que decía Liliana era de tono subido y me sorprendía.

Dr. Meltzer: *Siempre tiene que terminar mal la historia de amor, y bueno... ella puede permitirse un poquitito una historia fantaseada masturbatoria, con tal que termine mal; es aceptable siempre y cuando termine mal.*

Analista: Usted me muestra en su sueño que haga lo que haga siempre llega a la idea de José María. En cuanto a la operación creo que usted espera que le saque el romance como si fuera un

cáncer diabólico, pero en la operación estaríamos involucrados una mujer y un hombre en el consultorio y rápidamente se le vuelve poco pía como para una monja. Sin embargo, al mismo tiempo, creo que usted también quiere que yo me oponga a algunas opiniones de su mente y tome partido por que usted vaya a verlo a José María.

Paciente: Cuando yo le conté al psicólogo anterior que en mis ideas con José María yo quería tener un bebé me dijo, con cara de susto y horror (lo imita al psicólogo): “hermana usted tiene que olvidarse de eso, no puede ser”. Yo no sé por qué se habrá asustado, tal vez porque pensó que yo iba a hacer algo con José María, ¿usted qué cree?

Analista: Yo creo que a usted se le desparrraman sus propias preocupaciones, y muchas que son suyas las supone ajenas. Usted misma me ha contado que le parecía un horror que su mamá y su papá fueran a fabricar un bebé.

Paciente: Pero fue él el que dijo eso.

Dr. Meltzer: *El analista tiene por delante una tarea terrible... A veces cuando uno tiene este tipo de pacientes puede ser una buena idea ponerse uno mismo, un límite temporal, pensar cuánto tiempo uno lo va a poder soportar.*

Cuando era más joven yo seguía, y trataba de ver, investigar, descubrir qué podía hacer y qué me podía seguir enterando de un paciente así. A medida que soy más grande pienso que no tengo tiempo y que no se puede.

Hoy en día con este tipo de pacientes yo me doy entre dos o tres años, que es más o menos el tiempo que creo que los puedo soportar; dudo que pueda soportar más que eso. Esto por supuesto es diferente en el tratamiento psicoanalítico de pacientes esquizofrénicos, que uno se mete y se mete, sabiendo que predominantemente lo que está es el interés científico por aprender cosas con relación al funcionamiento mental y no tiene un proyecto terapéutico, entonces sigue pero por un interés más científico que terapéutico. En cambio con estos pacientes uno tiene expectativas de lograr algo terapéutico y es muy duro

esperar la oportunidad de hacer algún trabajo analítico.

Con el marco de referencia que yo he señalado y con la estrategia que propuse sin duda el o la paciente se va a ir volviendo más y más hostil con el análisis y el método analítico, en tanto que socava la idealización de la identificación e incrementa su conciencia de la claustrofobia, de su aislamiento en relación con un mundo más feliz e íntimo. Se ponen furiosos cuando uno insiste que la puerta está abierta, que no es un claustro, que la puerta por la que entraron está abierta y pueden salir por ella y no le creen. Están furiosos con uno como si uno los estuviera atormentando con tentaciones, hasta que de repente aparece en un sueño, y ahí está. Entonces aparecen estos sueños interesantes en donde la puerta está abierta y salen, e inmediatamente se encuentran con una oleada de ansiedad depresiva tan enorme que vuelven a salir corriendo a meterse en el claustro. Un paciente sale e inmediatamente se encuentra con la mamá que le reprocha de qué manera la ha desilusionado, otro paciente inmediatamente se encuentra con el marido de una mujer que él ha seducido... y entonces salen corriendo y se meten en el claustro.

REFERENCIAS TEORICAS

Clastrum. Una investigación sobre los fenómenos claustrofóbicos.

Este libro se basa en experiencias clínicas con pacientes cuyos trastornos son el resultado del aspecto claustrofóbico de la operación de la identificación proyectiva, su significado como fenómeno mental en el desarrollo individual así como el impacto en la sociedad que estas personas contribuyen a formar.

El autor aclara que sus descripciones pueden parecer cuentos de hadas para los analistas que no han trabajado con niños o con adultos psicóticos o borderline, desde el momento que estos fenómenos son poco visibles en pacientes neuróticos. En su trabajo “La relación entre la masturbación anal y la identificación proyectiva” (1966), había estudiado las consecuencias caracterológicas y transferenciales de las partes del self incluidas e identificadas con el objeto interno.*

En *El Proceso Psicoanalítico* éstos son descriptos como fenómenos transitorios en la fase de confusiones geográficas. El estudio de los aspectos identificatorios de la identificación proyectiva atraviesa toda su obra pero sólo a partir de la década del setenta. Por el doble efecto de los fenómenos clínicos y del impacto de la obra de Bion en su pensamiento se interesó por estudiar los fenómenos *claustrofóbicos*.

Meltzer se interesó en estudiar la relación entre estos procesos y las alteraciones del pensamiento. Aplicó las descripciones de Bion de la mentalidad de Supuestos Básicos en el funcionamiento grupal, a las formas de pensamiento alteradas que encontró en algunos pacientes.

De los fenómenos clínicos dedujo que este trastorno de pensamiento era la manifestación del predominio de una estructura narcisista, la que resulta de la intrusión de una parte del self en uno de los espacios del objeto interno. Consideró las motivaciones de esta intrusión como complejas. A partir de un conflicto frente al objeto –el conflicto estético– investigó las posibilidades de la mente para solucionarlo. El conflicto estético tiene su

* M. Klein se interesó casi exclusivamente en la identificación proyectiva en objetos externos.

origen en la admiración que despierta la percepción de la belleza del objeto y el misterio frente al desconocimiento de su contenido (que no puede percibirse).

Una de las posibilidades de salida frente al conflicto estético consiste en respetar el misterio y la intimidad del objeto; y en construir los contenidos de su interior a través de un proceso imaginativo que toma las formas de los objetos externos y las experiencias del mundo para su formación, del mismo modo que el sueño se construye con los restos diurnos. Cuando esta salida no es posible el conflicto se resuelve con la intrusión en el objeto y el conocimiento omnisciente de sus contenidos y cualidades.

Estas dos formas de conocimiento, el imaginativo y el omnisciente, constituyen una extensión de la metapsicología freudiana porque Meltzer propone la inclusión del punto de vista epistemológico, que se agrega al punto de vista geográfico. Queda por desarrollar, el punto de vista estético.

Desde el punto de vista geográfico la mente puede subdividirse en seis áreas distintas. Dejando de lado el útero y el “no lugar” del sistema delirante, las áreas habituales son el mundo externo, el interior de los objetos externos, el mundo interno y el interior de los objetos internos. Es en este último espacio en el que se producen los fenómenos de identificación proyectiva. Pero el espacio no es continuo. Sobre la base de la experiencia de las propias zonas erógenas y los servicios prestados por el objeto materno, la fantasía construye una división del interior del objeto en tres espacios: la cabeza-pecho, el compartimento genital y el espacio rectal.

Cuando estos espacios están contruidos imaginativamente desde afuera del objeto,* las funciones de cada espacio y sus orificios dependen de la asistencia y reparación del genital paterno que contribuye a fabricar la leche en el pecho, purificar y limpiar el recto, alimentar y mantener con vida a los bebés en el espacio genital.

Pero estos espacios cambian cuando son vistos desde el interior del objeto como resultado de los motivos agresivos de la intrusión. *La cabeza-pecho* que es un objeto combinado pierde sus cualidades de generosidad, reciprocidad estética, capacidad

* Es decir que se construyen en relación a las fantasías edípicas en las que el self está diferenciado de los objetos parentales.

de formación simbólica para transformarse en un lugar donde reina la adulación, complicidad, indolencia, la incapacidad para el pensamiento y el juicio y la alienación por el “elitismo”. Cuando el centro de gravedad de la personalidad -el sentimiento de “sí mismo”, la conciencia y la atención-, radica en la parte del self que habita la cabeza-pecho del objeto interno, la caracterología resultante se caracteriza por la indolencia, el valor de la comodidad, curiosidad sin interés, obediencia por inercia. Son personalidades en las que no cabe la idea de esfuerzo sino de parasitismo. Son habitantes de un paraíso antes de la expulsión, donde basta estirar la mano para comer. Esta es su imagen del mundo, certificada por su omnisciencia.

Cuando predomina la parte del self que habita el *espacio genital*, la vida tiene un carácter erotomaniaco, el objeto esencial es el pene erecto que se siente igual al propio cuerpo (ser el falo). El cuerpo es permanentemente decorado y embellecido y las identidades sexuales son asimiladas al aspecto, de ahí surge la exacerbación del “machismo” y la coquetería extrema. Estas características resultan de una denigración de la escena genital tal como se concibe desde el exterior del objeto; el dormitorio de los padres es un santuario con un clima de amor y trabajo, el padre alimenta, fertiliza y limpia a la madre y la privacidad es respetada.

La vida en el recto es el área donde la identificación intrusiva origina las más severas patologías; la atmósfera es de extremo sadismo, la estructura de sus habitantes es jerárquica, de tiranía y sumisión. Así como en los otros espacios los valores son respectivamente la comodidad y el placer erótico, cuando la visión del mundo se genera en la parte del self incluida en el recto, el único valor es la supervivencia y la expulsión genera “el terror sin nombre”, la soledad en un mundo de objetos bizarros. Se degrada totalmente la imaginación que se tiene del recto materno desde el exterior del objeto, como un lugar donde se almacenan los desechos de los bebés, que el genital paterno limpia y protege para la madre y su prole.

En este espacio es donde más se altera la capacidad de pensamiento; reinan los supuestos básicos de Bion; y la conformidad es la sumisión al gran líder: el pene fecal, de donde surge una destrucción de todo vínculo emocional; es el área de menos L, H y K.

Los problemas técnicos para el análisis cuando la personalidad está dominada por estos sectores son arduos. Están basados en la contratransferencia –que es existente pero no es utilizable–, y la incapacidad de relaciones emocionales íntimas limita el potencial para la terapia. Tras una apariencia de colaboración se evidencia la superficialidad y la ambigüedad, y hay que resolver los permanentes malentendidos. Las palabras del analista son entendidas como manifestaciones de un arrogante elitismo, de una apenas encubierta seducción o de abierto sadismo. Requiere un largo camino recuperar al niño que se ha extraviado en el camino.

Vale la pena aclarar que el problema no es sólo el de una “visión del mundo”, porque todos tenemos un sistema de significados y valores a través de los que construimos una visión del mundo. Pero ahí radica la diferencia, la *construimos* y reconstruimos y cambiamos y “la única ‘fe’ que se requiera es una absoluta creencia en la propia debilidad, ignorancia, impotencia y mortalidad, para descubrir la visión de la belleza-del-mundo y de los sentimientos apasionados” (pág. 115 de “Clastrum”).

Las “visiones del mundo” de estas personalidades, son rígidas, omniscientes, cargadas de slogans y frases hechas. El pasado no está armado con recuerdos sino con rumores, relatos propios o ajenos de dudosa validez. No existen anhelos para el futuro desde el momento que no aparece ninguna emocionalidad, sino excitación o angustia.

La evidencia de este modelo psicoanalítico no puede ser demostrada sino vivida a través de las propias experiencias y una de ellas es dejarnos llevar por el material de esta supervisión.

Descriptores: Borderline. Caso clínico. Religión. Religiosidad. Supervisión.