



Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

BIBLIOTECA PSICOLOGIAS DEL SIGLO XX

Serie Mayor

- 1 – J. B. Watson: *El conductismo*. J. B. Watson y W. McDougall: *La batalla del conductismo*
- 2 – W. Stern: *Psicología general*. Desde el punto de vista personalístico
- 3 – K. Koffka: *Principios de psicología de la forma*
- 4 – A. Adler: *Práctica y teoría de la psicología del individuo*
- 5 – W. Bechterev: *La psicología objetiva*
- 6 – E. Heidbreder: *Psicologías del siglo XX*
- 7 – W. Köhler: *Dinámica en psicología*
- 8 – J. Bleger: *Psicoanálisis y dialéctica materialista*
- 9 – C. R. Seguin: *Existencialismo y psiquiatría*
- 10 – R. Fletcher: *El instinto en el hombre*
- 11 – L. Klages: *Esencia de la conciencia*
- 12 – K. Goldstein: *La naturaleza humana a la luz de la psicopatología*
- 13 – K. G. Madsen: *Teorías de la motivación*
- 14 – M. H. Marx y W. A. Hillix: *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*
- 15 – D. W. Winnicott y otros: *El psicoanálisis y el pensamiento contemporáneo*
- 16 – S. Akhilananda: *Psicología hindú*
- 17 – I. A. Caruso: *Psicoanálisis dialéctico*
- 18 – H. M. Ruitenbeek: *Psicoanálisis y filosofía existencial*
- 19 – P. Rieff: *Freud. La mente de un moralista*
- 20 – S. Freud: *Esquema del psicoanálisis*
- 21 – J. H. Flavell: *La psicología evolutiva de Jean Piaget*
- 22 – D. Rapaport: *La estructura de la teoría psicoanalítica*
- 23 – G. A. Miller: *Psicología de la comunicación*
- 24 – C. W. Brown y E. E. Ghisello: *El método científico en psicología*
- 25 – E. W. Straus: *Psicología fenomenológica*
- 26 – Jean Piaget y otros: *Epistemología y psicología de la identidad*
- 27 – P. Wolff: *La psicología genética de Piaget y el psicoanálisis*
- 28 – R. Ardila: *La psicología contemporánea*. Panorama internacional
- 29 – J. Laplanche y otros: *Interpretación freudiana y psicoanálisis*
- 30 – M. Klein, P. Hermann y otros: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*
- 31 – J. Thénon: *Psicología dialéctica*
- 32 – F. Taragano: *Psicoanálisis gestáltico*
- 33 – D. Shakow y D. Rapaport: *Psicoanálisis y psicología contemporánea*
- 34 – B. Landis y E. S. Tauber (comps.): *Erich Fromm - Psicoanálisis y sociedad*

Serie Menor

- 1 – M. Grotjahn y otros: *Historia del psicoanálisis* (I). K. Abraham, S. Ferenczi, Otto Rank, M. Eitingon, C. G. Jung, A. Adler
- 2 – L. Veszy-Wagner y E. Weiss: *Historia del psicoanálisis* (II). E. Jones, P. Federn
- 3 – P. L. Becker y otros: *Historia del psicoanálisis* (III). E. Hirschmann, O. Pfister, H. Sachs, M. Woolf, A. A. Brill, S. Ely Jelliffe
- 4 – M. Grotjahn y otros: *Historia del psicoanálisis* (IV). V. Tausk, S. Rado, Th. Reik, E. Freeman Sharpe, G. Röheim, H. Deutsch, F. Deutsch, G. Groddeck
- 5 – J. Spanjaard y otros: *Historia del psicoanálisis* (V). A. Starcke, H. Meng, H. Zulliger, A. Aichhorn, M. Klein, E. Simmel, F. Alexander, M. Bonaparte
- 6 – R. Ekstein y otros: *Historia del psicoanálisis* (VI). S. Bernfeld, W. Reich, O. Fenichel, K. Horney, P. Schilder, H. Hartmann, E. Kris
- 7 – Ch. W. Wahl y otros: *Historia del psicoanálisis* (VII). E. Glover, K. Friedlander, A. Freud, E. H. Erikson
- 8 – S. Wapner, H. Werner y otros: *El percepto del cuerpo*
- 9 – P. L. Harriman: *Breve diccionario de psicología*
- 10 – D. Lagache: *La unidad de la psicología*
- 11 – R. Ardila: *Los pioneros de la psicología*

VOLUMEN

34

Tauber, E. S., and Landis, B. (Eds.), 1976 : Erich Fromm: psicoanálisis y sociedad; obra homenaje a Erich Fromm, Buenos Aires (Paidós) 1976.

C13A

B. LANDIS Y E. S. TAUBER (comps.)

con la colaboración de ERICA LANDIS

ERICH FROMM- PSICOANÁLISIS Y SOCIEDAD



EDITORIAL PAIDOS
Buenos Aires



Otto Allen Will (h.). El doctor Will es Médico Director del Centro Austen Riggs, un destacado servicio psiquiátrico de Stockbridge, Massachusetts. Además es profesor de Clínica Psiquiátrica del Medical College de la Universidad Cornell e integra el cuerpo de profesores del Instituto de Psiquiatría, Psicoanálisis y Psicología William Alanson White. Como investigador ha concentrado sus esfuerzos en los campos de la psicoterapia y la esquizofrenia y ha hecho muchas publicaciones sobre estos temas. Desarrolló buena parte de su experiencia en el tratamiento de esquizofrénicos en Chesnut Lodge, Maryland, donde fue director de Psicoterapia de 1954 a 1967.

Ramón Xirau. El profesor Xirau es un filósofo que ha estudiado en España, México, Cambridge y París. En la actualidad es profesor de Filosofía en la Universidad Nacional Autónoma de México, profesor de Filosofía en el Liceo Franco-mexicano y director (fundador) de la revista *Diálogos*. Recibió las becas Rockefeller y Guggenheim y ha publicado trabajos de crítica literaria y filosofía, así como obras filosóficas, entre las que se cuentan: *Método y metafísica en la filosofía de Descartes*, *Duración y existencia* y *Palabra y silencio*.

I N D I C E

Prólogo	11
Erich Fromm: Nota biográfica	14
Sobre Erich Fromm, por <i>Edward S. Tauber</i> y <i>Bernard Landis</i>	19

I

Psicoanálisis

I El paciente y el psicoterapeuta: Comentarios sobre la "unidad" de su relación, por <i>Otto Allen Will (h.)</i>	31
Introducción (31); Formulación del problema (32); La persona de la que nos ocupamos (34); La oportunidad y el riesgo de la adolescencia (37); Consecuencias relativas al desarrollo temprano derivadas de lo anterior (38); El paciente (41); El terapeuta (42); Factores posiblemente relacionados con la cualidad de la "unicidad" (45); La formación de los vínculos relacionales (45); La gama de respuestas emocionales (49); La forma de contacto (52); La transferencia (54); En conclusión (56).	
II La promesa del psicoanálisis, por <i>Harry Guntrip</i>	57
III El paciente ayuda al analista: Algunas observaciones clínicas y teóricas, por <i>Erwin Singer</i>	68
IV Simbiosis patológica y autismo, por <i>Harold F. Searles</i>	79
Simbiosis patológica (80); Autismo (84).	
V Acerca de los vínculos humanos y la esclavitud, por <i>David E. Schechter</i>	92
Apego, simbiosis, relación (94); Individuación, desapego, aislamiento (98); Apéndice (106).	
VI La solución del machismo, por <i>Aniceto Aramoni</i>	107

II

Filosofía y ciencia

VII Sobre la condición humana, por <i>George Wald</i>	117
VIII Dinamismo en neurociencia, por <i>Francis Otto Schmitt</i>	119
Neurobiología molecular (121); Dinámica neural en los sistemas y subsistemas cerebrales (130); El dinamismo del comportamiento (132); Epílogo (133).	
IX Darwin y Copérnico, por <i>Theodosius Dobzhansky</i>	135
X El hombre incompleto, por <i>Loren Eiseley</i>	147
Contemplación del pez (149); Una pregunta en la noche (150); Sin influencias estelares (152).	
XI Erich Fromm: ¿Cuál es la lucha del hombre?, por <i>Ramón Xirau</i>	153



XII El amanecer del hombre epimeteico, por *Ivan Illich* 16
 XIII “La ética protestante” con menos lágrimas, por *James Luther Adams* 17

III

Cuestiones sociales y políticas

XIV Notas sobre la reforma educacional, por *David Riesman* 19
 Temas actuales de la reforma educacional (195); La revolución cultural: la deslegitimación de la autoridad (204); Algunas estrategias personales (quizá qui jotescas) para la educación universitaria (206).
 XV La paradoja de la cultura, por *Edward T. Hall* 216
 XVI ¿Puede la civilización moderna evitar la autodestrucción?, por *Jerome D. Frank* 233
 XVII La democracia en un mundo cambiante, por *Erich Kahler* 244
 XVIII 10^s por milla cuadrada, por *Isaac Asimov* 258
 XIX Las posibilidades del humanismo radical, por *Mihailo Marković* 270
 XX Humanismo y revolución, por *Gajo Petrović* 282
 XXI ¿Qué significa “ser marxista”?, por *Adam Schaff* 293
 XXII Las perspectivas del radicalismo, por *Tom Bottomore* 314
 Obras de Erich Fromm 314
 Libros (314); Selección de artículos y ensayos (314); Versiones castellanas (317).

PROLOGO

Buena parte del presente libro está inspirada en el hombre al que queremos rendir homenaje.

Sus 24 colaboradores son estudiosos y científicos de distintos países, que representan disciplinas diferentes, expresando así la amplitud de la influencia y el estímulo de Erich Fromm. Creemos que, más que ningún otro psicoanalista, Fromm utilizó el conocimiento extraído de su experiencia clínica con el fin de estudiar e interpretar para un amplio público los intereses fundamentales del hombre en la sociedad así como los efectos de la sociedad sobre el hombre.

Este libro, entonces, es una respuesta a los esfuerzos a los que Fromm dedicó toda su vida, para ayudarnos a correr los velos de la ilusión. De modo coherente con la consagración a la investigación independiente del doctor Fromm, cada ensayista, sin abandonar la tradición del *Festschrift*, trató de desarrollar a partir de su experiencia personal una formulación original de los problemas críticos de nuestra época. La diversidad y la penetración de estos ensayos reflejan en gran medida la gravitación y la amplitud de la obra de Fromm. Desdichadamente, por limitaciones de espacio sólo pudieron incluirse artículos de unos pocos de los muchos amigos íntimos y colegas de Fromm.

Las tres partes en que se divide este libro corresponden a los campos de investigación más relacionados con los principales aportes de Erich Fromm. En la primera, que se ocupa de los desarrollos en el campo del psicoanálisis, se examinan dos temas principales: los cambios en los conceptos referentes a la relación paciente-terapeuta y la naturaleza del crecimiento desde la simbiosis hasta la individuación. Estos asuntos son tratados por Edward S. Tauber y Bernard Landis en el ensayo inicial sobre la teoría psicoanalítica de Erich Fromm. Otto Allen Will describe los muchos aspectos de “unicidad” de la relación paciente-terapeuta. Harry Guntrip considera el proceso de la cura psicoanalítica a la luz del encuentro analítico, mientras Erwin Singer relata cómo las reacciones de los pacientes ante un hecho catastrófico en la vida del terapeuta favorecen inesperadamente su crecimiento. La maduración en psicoanálisis es el tema de los ensayos de Harold F. Searles y David E. Schecter, quienes investigan la transición de la simbiosis patológica a la individuación en el contexto de la lucha universal entre los anhelos simbióticos regresivos y la tendencia hacia la autonomía. Por su parte,



Aniceto Aramoni analiza el *machismo* * en México como una solución social patológica ante esta lucha.

La segunda parte contiene ensayos sobre filosofía, religión y la significación humanista de la ciencia y la tecnología. La prédica de George Wald está consagrada al tema de la condición humana y la tarea específica que se requiere del hombre: “elegir hacia dónde vamos, para bien o para mal”. Desde una perspectiva biológica, el ensayo de Francis Otto Schmitt describe los estimulantes adelantos que se realizan actualmente en la elaboración de un modelo del cerebro, dinámico y de múltiples niveles, mediante un enfoque integrado, interdisciplinario. Theodosius Dobzhansky y Loren Eiseley centran su interés en la evolución y plantean el problema del papel del hombre en la determinación de la dirección del proceso evolutivo. Desde un punto de vista evolucionista, tanto como existencial y religioso, Ramón Xirau examina los conceptos de libertad, Dios e idolatría en las obras de Fromm. El ensayo de Ivan Illich mediante la metáfora del mito, se ocupa del logro de la libertad en una tecnología sin control. Conectándolo con la búsqueda humana de la libertad, James Luther Adams presenta un nuevo análisis del estudio de Max Weber sobre la ética protestante en relación con el capitalismo y el cambio social.

En la tercera parte se examinan los temas sociales, culturales y educacionales, así como los problemas económicos y políticos, cruciales para la paz y la supervivencia. En primer lugar, David Riesman analiza diversos modos de considerar la innovación educacional, relacionándola con la pérdida de legitimidad de la autoridad establecida. Este trabajo es complementado por el estudio de Edward T. Hall acerca de las “reglas ocultas” de la cultura —supuestos y valores implícitos acerca del espacio, el tiempo y la naturaleza del hombre— que silenciosamente moldean la educación y distorsionan el carácter del hombre.

Las más inminentes amenazas a la vida —la superpoblación, el deterioro ecológico, el holocausto nuclear y el desgaste de las libertades políticas— son los campos de indagación de Jerome D. Frank, Erich Kahler e Isaac Asimov. Desde Yugoslavia, los ensayos de Mihailo Marković y Gajo Petrović se refieren al logro de un estilo de vida humano en un marco socialista y humanista. Y desde Polonia, Adam Schaff escribe sobre la conquista del cambio y el significado del revisionismo en el contexto del marxismo considerado como sistema abierto. Tom Bottomore cierra el libro con un análisis crítico de la Nueva Izquierda y presenta sus puntos de vista sobre cómo crear una sociedad socialista sin violencia.

Todos los autores comparten la convicción de Erich Fromm acerca de la capacidad humana fundamental para el amor y la razón, y su fe en que el hombre, si conoce la verdad, elegirá enfrentar constructivamente los desafíos de la vida.

Durante la preparación de este volumen recibimos la colaboración y el estímulo de amigos y colegas del Instituto de Psiquiatría, Psicoanálisis y Psicología William Alanson White. Queremos agradecer en par-

* En castellano en el original.[T.]

ticular a Arthur Rosenthal por sus juicios y su asesoramiento respecto de diversos problemas de la compilación y revisión, y a David Nachmasohn que nos sirvió como consultor en ciencias biológicas. Ruth Nanda Anshen colaboró en la puesta en marcha de este proyecto, y también pudimos sacar provecho de las concienzudas reflexiones de Jerome S. Spivack y Betty Martin. Hemos contraído una deuda especial de gratitud con Andrea Smargon por sus valiosas sugerencias y su asesoramiento editorial. Por último, estamos sumamente agradecidos a Joseph Cunneen por su generosa cooperación durante todo el tiempo en que trabajamos juntos.

B. L.
E. S. T.



ERICH FROMM: NOTA BIOGRAFICA

Erich Fromm proviene de una familia judeo-alemana ortodoxa, de clase media, con una larga tradición rabínica en su línea paterna. Hijo único, nació el 23 de marzo de 1900 en Francfort, Alemania, donde siguió sus estudios hasta la escuela media. Según describe en un breve esbozo autobiográfico, en *Más allá de las cadenas de la ilusión*, una temprana y decisiva influencia en su vida fueron los textos del Antiguo Testamento que —afirma— “me conmovieron y estimularon más que cualquier otra cosa”, en particular los textos proféticos de Isaías, Amós y Osías con su visión de la paz y armonía universales, y sus enseñanzas respecto de que la historia tiene aspectos éticos: las naciones pueden actuar bien o mal y la historia tiene sus leyes morales.

Sin embargo, para Fromm fue igualmente importante el espíritu del judaísmo tradicional en que fue criado. En una conversación dijo ocasionalmente que este modo de vida hizo de él algo así como un extranjero dentro del mundo moderno. El punto de vista y los principios del mundo rabínico estaban en marcado contraste con los del capitalismo contemporáneo. El aprendizaje y la aplicación de los principios de amor y justicia en todas las relaciones personales, no la riqueza y el poder, eran los valores que orientaban esta vida tradicional. Ese era el estilo de vida que habían seguido sus antepasados rabínicos y ése fue el estilo de vida que lo marcó profundamente. Con toda seguridad, había hombres impulsados por el deseo de riquezas y lujos, pero debía tenerseles piedad pues no habían hallado el recto modo de vivir. En muchos sentidos, Fromm creció en un mundo más cercano a la baja Edad Media que al siglo xx —aunque también fue parte de este último—, y la experiencia de la exposición entre ambos fue una de las fuerzas creadoras de su vida.

La experiencia de la Primera Guerra Mundial hizo que sus preocupaciones por la paz y el internacionalismo se convirtieran en los objetos del interés apasionado de toda su vida. Durante los cuatro años siguientes, vividos en medio de una histeria de odio y nacionalismo, Fromm creció hasta ser un joven lleno de rebelión contra la guerra, obsesionado por el problema de cómo era posible que ocurriera algo semejante. Habiendo desarrollado un extremo escepticismo respecto de todas las ideologías oficiales, concentró su atención en el deseo de comprender la irracionalidad del comportamiento masivo.

Durante su preadolescencia, Fromm se sintió igualmente impulsado a comprender “las razones extrañas y misteriosas” de las experiencias y las acciones individuales. Un hecho particular se afirmó en su espíritu como uno de esos incidentes que, al igual que una lente, concentran la atención sobre una área crítica de interés. Cuando tenía 12 años, una hermosa joven, una artista amiga de la familia, se suicidó al perder a

su padre, un hombre anciano y sin atractivos, dejando expresado el deseo de ser enterrada con él. A Fromm se le impuso entonces el problema de cómo era posible que una joven encantadora estuviera enamorada de su padre hasta el punto de preferir su compañía en la muerte a los goces de la vida y el arte. Esa fue una de las experiencias tempranas que prepararon el camino para el posterior interés de Fromm por el psicoanálisis.

Entre las importantes influencias que modelaron la vida de Fromm desde la adolescencia, ocupan un primer lugar sus maestros talmúdicos. Después del rabino J. Horowitz, con quien estudió el Talmud durante la adolescencia, el joven estudiante pasó a ser alumno de S. B. Rabinkov en Heidelberg, N. Nobel, y del tío de su madre, L. Krause, en Francfort. Fromm consideraba las enseñanzas de estos maestros y el contacto personal con ellos como la influencia más importante de su vida. Aunque fueran rabinos estrictamente ortodoxos, todos eran al mismo tiempo humanistas de extraordinaria tolerancia en los que no había rastros de autoritarismo. También eran muy diferentes unos de otros: Rabinkov era socialista, Nobel, místico, y Krause, que tenía más de 70 años cuando Fromm estudiaba con él, gustaba de la música operística y, por otra parte, era un caso típico de esos rabinos que estudiaban el Talmud casi sin interrupción de la mañana a la noche, sin aspirar a posiciones ni a la fama, y sin la ambición de escribir. Aunque algo antes de cumplir los 30 años Fromm abandonó por completo las prácticas religiosas, los principios y valores de esos maestros permanecieron como parte de su personalidad, expresándose en sus convicciones socialistas y humanistas y en su crítica de la sociedad capitalista.

Los intereses políticos de Fromm no se despertaron sólo a causa de la Primera Guerra Mundial; también influyó su conocimiento de la obra de Marx. En los trabajos de éste Fromm veía —y aún ve— la clave para comprender la historia y la manifestación, en términos seculares, del humanismo radical expresado en la visión mesiánica de los profetas del Antiguo Testamento. El espíritu revolucionario y humanista de Marx, corrompido en las interpretaciones deformantes de sus enseñanzas dadas por el stalinismo y el reformismo, se convirtió para Fromm en la segunda de las fuentes que modelaron profundamente su pensamiento. Sólo algunos años después tomó conocimiento de la obra de Freud. Y la perspectiva de Freud lo impresionó tan hondamente como la de Marx. Así dedicó todos los años transcurridos desde 1928 a la tentativa de hallar una síntesis creadora de los dos sistemas.

Para finalizar este esbozo de biografía intelectual es preciso mencionar otras dos fuentes que se convirtieron en parte integral del pensamiento de Fromm. Al familiarizarse con el budismo en 1926, Fromm lo sintió como una especie de revelación. Por primera vez encontraba un sistema espiritual, un modo de vida, basado en la pura racionalidad y sin ningún tipo de mistificación irracional o recurso a la revelación o la autoridad. Este interés inicial por el budismo fue seguido por el conocimiento de la obra del doctor D. T. Suzuki sobre el budismo zen.



Fromm y su esposa tuvieron oportunidad de concurrir a los seminarios del doctor Suzuki y de mantener con él largas conversaciones.

Para completar la lista de las principales influencias del desarrollo intelectual de Fromm debemos agregar ahora una de gran importancia: la obra de J. J. Bachofen sobre el derecho materno y el simbolismo. En su estudio de los conceptos de los principios matriarcales y patriarcales, Bachofen había descubierto un aspecto enteramente nuevo del desarrollo tanto histórico como individual. Esto abrió los ojos de Fromm ante muchos fenómenos que hasta entonces había pasado por alto, y lo ayudó a reconocer la tendencia marcadamente patriarcal de las teorías freudianas así como a comprender el papel fundamental desempeñado por la relación de una figura materna, tanto en la vida individual como dentro de un contexto histórico. En síntesis, los textos de los profetas, de Buda, de Marx, de Bachofen y de Freud fueron las influencias más importantes recibidas por Fromm hasta los 26 años; desde entonces, el desarrollo de su pensamiento puede considerarse como un intento de hallar una síntesis creadora entre estas ideas, ninguna de las cuales abandonó, aun cuando su interpretación de las mismas difiriera, a veces de manera muy radical, de la que sostenían sus respectivos seguidores ortodoxos.

En cuanto a su carrera universitaria, Fromm realizó sus estudios de psicología, filosofía y sociología en la Universidad de Heidelberg, donde se graduó a los 22 años con una tesis sobre la estructura sociopsicológica de tres sectas judías (el karaismo, el jasidismo y el judaísmo reformista). En 1925 y 1926 realizó nuevos estudios de psiquiatría y psicología en la Universidad de Munich. Comenzó su formación psicoanalítica con los doctores Landauer y Wittenberg, desde 1926 a 1928, y luego la continuó en el famoso Instituto Psicoanalítico de Berlín. Tras graduarse en 1931, pasó a ser miembro de dicho Instituto y ejerció el psicoanálisis en Berlín. Durante este período fundó, con la doctora Frieda Fromm-Reichmann y otros, el Instituto Psicoanalítico de Francfort, donde dictó conferencias, viajando quincenalmente desde Berlín. También fue profesor y miembro del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Francfort desde 1928 a 1938 (y posteriormente de la Universidad de Columbia de Nueva York).

Fromm llegó por primera vez a los Estados Unidos en 1933, invitado por el Instituto Psicoanalítico de Chicago para dar una serie de conferencias. En 1934 se trasladó a Nueva York donde continuó su práctica privada y se consagró a asuntos profesionales. En 1946 se convirtió en uno de los fundadores y representantes del Instituto de Psiquiatría, Psicoanálisis y Psicología William Alanson White, desempeñándose desde 1946 hasta 1950 como director de la Facultad y de la Comisión de Capacitación.

Earl G. Wittenberg, director del Instituto White, escribe que Erich Fromm "durante los primeros siete años del Instituto participó plenamente como mentor, maestro y amigo, y desde 1951 ha continuado desempeñándose como regente, colega, supervisor y jefe de seminarios. Trajo consigo un legado humanista, una inseparable comprensión de la

situación socioeconómica con sus tipos de carácter y sus orígenes inconsistentes, y un vigor y una orientación respecto de la situación psicoanalítica que han caracterizado al Instituto desde entonces. Es una fuerza vital y orientadora. La fundamental importancia que otorga a la vitalidad, la creatividad y los recursos productivos del paciente acrecienta el potencial del psicoanálisis como terapia".

Durante los primeros 10 años de su trabajo psicoanalítico, Fromm siguió la ortodoxia freudiana. Fue llevado a desarrollar su propio enfoque ante el psicoanálisis, en primer lugar al tomar progresiva conciencia de que algunas de sus observaciones diferían de lo que debería esperarse de acuerdo con la teoría freudiana y, segundo, al sentir un fastidio cada vez mayor por una técnica que limitaba demasiado la relación psicoanalista-paciente. (El tipo de enfoque de Fromm ante el psicoanálisis se describe en el primer ensayo de este volumen.)

Además de ejercer el psicoanálisis, Erich Fromm fue miembro del cuerpo de profesores del Bennington College (1941-1949) y profesor visitante en la Universidad de Yale (1948-1949), donde, junto con el profesor Ralph Linton, dictó un seminario sobre carácter social y antropología. En 1949, a causa de problemas de salud de su esposa, se trasladó a México. Aceptó entonces una cátedra en la Universidad Autónoma Nacional de México y formó el Departamento de Psicoanálisis en el Departamento de Graduados de la Escuela de Medicina de la Universidad, donde enseñó hasta jubilarse en 1965. Ahora es profesor honorario de la Universidad. Fromm también fundó el Instituto Psicoanalítico Mexicano y fue su director hasta 1965.

Desde su traslado a México, Fromm ha viajado regularmente: para cumplir sus deberes docentes en el Instituto William Alanson White, a la Universidad del Estado de Michigan donde fue profesor de psicología (1957-1961) y, a partir de 1962, a la Universidad de Nueva York, donde es profesor adjunto de psicología en la División de Graduados de Artes y Ciencias. En ese tiempo también dictó conferencias en la Universidad de Columbia, la Nueva Escuela de Investigación Social y otras universidades. En el curso de esos años, y hasta la actualidad, Fromm también actuó dentro del movimiento pacifista y en el movimiento socialista humanista. Siempre fue socialista, aunque no se afilió a ningún partido hasta el momento en que se unió al Partido Socialista de E.U.A., en la década de 1950. Mantuvo relaciones muy estrechas con los socialistas humanistas yugoslavos, aunque su orientación fue siempre internacionalista, hecho que se expresó en el simposio sobre "Humanismo socialista", cuyas contribuciones compiló en *Humanismo socialista*, obra que contiene aportes de alcance internacional. Ningún psicoanalista ha sido más franco e incisivo que Fromm en el trabajo por una sociedad mejor.

Mientras se mantenía bajo las influencias intelectuales señaladas, Fromm trabajó como psicoanalista durante más de 40 años, examinando en detalle las experiencias, el comportamiento y los sueños de las personas a las que psicoanalizaba; él mismo señala que cada una de sus conclusiones teóricas relativas a la estructura psíquica del hombre se



basó en observaciones críticas del comportamiento humano realizadas durante el curso del trabajo psicoanalítico.

Diremos, para finalizar, que en los últimos años el doctor Fromm ha dedicado sus energías al estudio del problema de la agresión humana: superando las teorías instintivistas de Freud y Lorenz, analizó diversos modos de agresión utilizando datos extraídos de la neurofisiología, la etología y el psicoanálisis, en el contexto de la naturaleza biológica y del desarrollo del carácter del hombre.

SOBRE ERICH FROMM

Edward S. Tauber y Bernard Landis

Erich Fromm está dedicado a lograr una transformación de la experiencia vital, no simplemente modificaciones adaptativas de la personalidad. Desafía las normas convencionales con una indagación inédita y precisa destinada a desnudar sus falsedades y su carencia de vida. La búsqueda de la verdad, aclara, es derecho de todos los hombres; no está restringida a los estudiosos y los especialistas. El objetivo al que dedica todos sus esfuerzos es el pleno despliegue de la vida y, como consecuencia, la crítica radical e intransigente de todos los factores individuales y sociales que impiden el desarrollo del hombre y de sus posibilidades de "llegar a ser lo que debiera".

Este espíritu modela el enfoque radical del psicoanálisis propuesto por Fromm. Al subrayar la importancia del crecimiento, observa que el logro de la salud no ha de buscarse en la sumisión, el poder o las operaciones orientadas hacia la conquista de la seguridad, sino mediante los esfuerzos por ser auténticamente uno mismo. Desde luego, para Fromm, el fin de la vida es el proceso, fundamental para la naturaleza de la existencia humana, de darse nacimiento a sí mismo.

Aunque se han realizado y se anuncian algunos trabajos amplios sobre la obra pasada y en desarrollo de Fromm, en este volumen de homenaje quisiéramos esbozar una visión general de sus principales ideas teóricas. En particular, quisiéramos referirnos a ciertos temas importantes tocados repetidas veces en las obras de Fromm y que constituyen gran parte de la sustancia de su posición teórica, pero a los que todavía no se ha otorgado la importancia que merecen.

Durante más de 40 años Fromm desarrolló un modelo amplio y dinámico del hombre, de fundamental importancia para la historia de la teoría psicoanalítica, un modelo donde el desequilibrio existencial y la necesidad sociobiológica de asimilación y socialización del hombre reemplazó al esquema fisiologista de los instintos propuestos por Freud. De este modo, las pasiones y los motivos humanos nacen sobre todo mediante las vicisitudes de la búsqueda humana de relación e identidad, antes que por medio del impulso instintivo.

Quizás entre todos los temas que aparecen en la obra de Fromm, su marco de referencia biológica sea el que halló menos requerimiento entre los estudiosos. Ese marco de referencia se basa en el reconocimiento de



las condiciones biológicas del hombre mientras surge lentamente del reino animal. Con el asombroso desarrollo cortical del cerebro humano, la disminución de los instintos en contraste con el resto del reino animal y el surgimiento del fenómeno único de la autoconciencia se desarrolla una nueva configuración. La convergencia de esos factores forma las bases de lo que Fromm llama la dicotomía existencial del hombre. Dentro de este contexto Fromm desarrolló una concepción de la ansiedad y de las posibilidades de enfrentarla.

Analizando estos temas en *El arte de amar*, Fromm escribe:

Esta conciencia de sí mismo como una entidad separada, la conciencia de la corta duración de su período de vida, el hecho de que ha nacido sin que mediara su voluntad y que contra su voluntad muere, que morirá antes que aquellos a quienes ama, o ellos antes que él la conciencia de su soledad y separación, de su desamparo, ante las fuerzas de la naturaleza y de la sociedad, todo esto convierte a su existencia separada, desunida, en una prisión insostenible. Si no puede liberarse a sí mismo de esta prisión y salir afuera, unirse de una manera u otra con los demás hombres, con el mundo exterior, se volverá un insano.

La experiencia de la separación provoca ansiedad; es, desde luego, la fuente de la ansiedad. [...]

La más profunda necesidad del hombre, entonces, es la necesidad de superar su separación, abandonar la prisión de su soledad.

Por consiguiente, el hombre se ve llevado sin escapatoria a hallar una solución al problema central que plantea la vida; es decir, cómo trascender su separación y relacionarse con su mundo. Fromm esboza dos modos opuestos de relacionarse: la regresión a formas anteriores y a menudo arcaicas de relación, o respuestas orientadas por la esperanza afirmativas, en la dirección del desarrollo de una plena humanidad por medio de la propia creatividad, productividad y capacidad de amar. Cada persona tiene el potencial necesario para alcanzar tanto las soluciones más arcaicas como las más progresistas. Fromm ve en el surgimiento de las grandes religiones y filosofías humanistas —la religión profética del Antiguo Testamento, el taoísmo, el confucianismo, el budismo la filosofía griega— el giro decisivo que lleva de la orientación regresiva hacia la progresista.

Las diferentes soluciones que encuentra el hombre para su condición humana son las muchas expresiones de la naturaleza humana. La esencia de la naturaleza del hombre no es idéntica a ninguna de estas soluciones, sino que consiste en la contradicción existencial de la constitución biológica humana. Esta contradicción, que no es en sí misma una cuestión moral, es común a todos los hombres, tanto desde un punto de vista biológico como psicológico. Da lugar a ciertas necesidades imperativas: está la necesidad de experimentar la identidad junto con la necesidad de un marco de orientación, una imagen de su mundo y de su sociedad, en la cual el hombre pueda ubicarse a sí mismo y que dé sen-

tido a su vida. Además, el hombre necesita también un sustituto para la determinación instintiva en buena parte perdida.

Dentro de la teoría de Fromm, la estructura del carácter, en el sentido dinámico, cumple este propósito. No es innata en lo que a sus contenidos se refiere, pero de todos modos está determinada por las necesidades biológicas del hombre (que de ningún modo son sólo instintivas) y por las condiciones de la naturaleza en la que debe sobrevivir. En *Man for Himself* Fromm ha delineado un conjunto de orientaciones caracterológicas que van más allá de la teoría freudiana del desarrollo libidinal subrayando los procesos de socialización y las estructuras de relación.

Debido a la profunda preocupación por estos procesos y a la atención que les presta, se ha inferido que Fromm es un culturalista. No obstante, Fromm no es un culturalista en el sentido habitual de esa palabra, según el cual el hombre es concebido como una *tabula rasa* en la cual una cultura específica escribe su texto. Además, Fromm no comparte el concepto corriente de cultura y pautas culturales según lo formularon Karen Horney, Ruth Benedict o Margaret Mead. Muy alejado de esta posición culturalista, Fromm opera con el concepto dinámico de proceso socioeconómico (en el sentido marxista) donde la cultura constituye esencialmente una superestructura, pero no la base. Al mismo tiempo, considera que las condiciones biológicamente dadas de la existencia humana permanecen como las bases psicológicas del desarrollo de la personalidad. Esta combinación de una perspectiva biológica con otra sociológica es una de las contribuciones más notables de Fromm a una teoría del hombre.

En sus estudios de los modos en que la sociedad afecta las respuestas que encuentra el hombre para las cuestiones planteadas por la vida, Fromm ha descrito cómo las pautas sociales pueden inclinar al hombre contra sus verdaderos intereses humanos. Ha observado cómo significativas características y pautas de conducta de fundamental importancia para una nación o clase se agrupan para formar lo que ha llamado "carácter social". Internalizado y compartido por la mayor parte de los miembros de la sociedad, el carácter social —cuyos aspectos positivos y negativos dependen de la sociedad concreta— modela la acción y el pensamiento de modo que las personas quieren hacer aquello que deben hacer para perpetuar la sociedad o clase particulares. Además, la estructura de carácter no sólo capacita al hombre para dar respuestas casi automáticas arraigadas en su sistema caracterológico, sino que también le permite sentir satisfacción por actuar de acuerdo con la estructura de carácter que le es propio.

Por medio del carácter social, la energía humana en su forma general es transformada en las pautas de actividad específicas que una sociedad determinada necesita para su funcionamiento. De este modo, la sociedad al mismo tiempo fomenta y obstruye el desarrollo humano. Según Fromm, las condiciones sociales que obstruyen el desarrollo humano no son accidentales ni el resultado de la mala voluntad o estupidez de ciertos individuos. Tienen sus propias leyes, y los cambios sociales importantes sólo son posibles por la combinación de dos factores: la apa-



rición de nuevas condiciones socioeconómicas que los hacen posibles, y el desarrollo en gran parte de la población de la conciencia que permite realizar los cambios necesarios.

Para algunos lectores puede resultar interesante ver cómo utiliza Fromm el concepto de carácter social para integrar conceptos psicoanalíticos dinámicos con la teoría de Marx. En *Más allá de las cadenas de la ilusión* Fromm observa que: “Marx fue capaz de conectar la herencia espiritual del humanismo iluminista y del idealismo alemán con la realidad de los hechos sociales y económicos, y así colocar los cimientos de una nueva ciencia del hombre y la sociedad que es empírica y al mismo tiempo está imbuida del espíritu de la tradición humanista occidental”.

No obstante, Fromm considera que en la teoría marxista está inadecuadamente explicada la relación entre las bases económicas y la ideología de la sociedad. Fromm trató de solucionar este problema desarrollando el concepto de carácter social como un intermediario entre la estructura socioeconómica y las ideas e ideales prevalecientes en una sociedad. El hecho de que Fromm busque relacionar teorías aparentemente contradictorias como el psicoanálisis y el marxismo puede parecer paradójico. Sin embargo, la paradoja desaparece cuando se considera que ambas son disciplinas humanistas que tratan de comprender, mediante un enfoque dinámico y dialéctico, la realidad de la vida humana, una por medio de la realidad económica, la otra por medio de la realidad intrapsíquica e interpersonal.

Además, Fromm ha llamado la atención sobre un hecho casi completamente descuidado: aunque no de un modo sistemático, Marx desarrolló una teoría psicológica dinámica, que influyó en muchos sentidos sobre el pensamiento de Fromm. Según Marx, escribe Fromm, “el dinamismo de la naturaleza humana está arraigado en primer lugar en esta necesidad del hombre de expresar sus facultades, impulsos y pasiones hacia el mundo, antes que de usar al mundo para la satisfacción de sus necesidades fisiológicas”. El concepto de actividad para sí, tan fundamental para el pensamiento de Marx, aparece en Fromm en el concepto de productividad. Este se halla en contraste con el principio de reducción de las tensiones, que ha dominado la teoría freudiana y que Fromm considera sólo de aplicación limitada.

También es intrínseca al modelo del hombre que presenta Fromm su concepción del inconsciente, que amplía el concepto tradicional de depósito de impulsos instintivos y recuerdos reprimidos. Fromm considera que los contenidos del inconsciente abarcan toda la naturaleza del hombre: todas sus potencialidades, desde la de ser un hombre arcaico, una bestia de presa y un idólatra, hasta la de ser plenamente humano con capacidad de razonar y amar.

Además de los aspectos de la teoría de Fromm mencionados hasta ahora, quisiéramos referirnos brevemente a algunos otros hallazgos significativos en el campo del psicoanálisis clínico y la psicología social analítica. Estimulado por la obra de Bachofen sobre el matriarcado, y a quien conoció en los comienzos de su carrera psicoanalítica, Fromm fue quizás el primero en reconocer el poder y la intensidad del vínculo afectivo

del niño, de ambos sexos, con la madre; enriqueció así la comprensión de la naturaleza compleja de este vínculo, considerado antes dentro de un estrecho marco sexual.

En este contexto, Fromm fue el primero en usar como metáfora psicológica el concepto de relación simbiótica. Desarrolló el concepto de simbiosis perversa, en la cual la persona apenas se ha separado de la figura paterna, habitualmente la madre, de modo que el proceso de individuación se ha detenido casi completamente. De esta manera, la experiencia con la madre representa la muerte, y su seno, una tumba. Fromm también esbozó formas menos perversas de simbiosis en las cuales la interacción entre los “socios” es menos mutilante. En las circunstancias más favorables, la experiencia con la madre representa la vida, la protección, la tierra nutritiva.

Con anterioridad, Fromm había escrito que la agresión podía ser reactiva, en defensa de los intereses vitales atacados, o caracterológica, como resultado de la “vida no vivida”. Sobre la base de sus investigaciones actuales, Fromm distingue tres tipos diferentes de agresión, cada uno de los cuales posee su propia génesis: a) agresión defensiva, que es una reacción ante una amenaza a los intereses vitales, una forma que el hombre comparte con todos los animales; b), sadismo, la pasión por el control total de un ser humano, incluido el deseo de dañarlo y torturarlo; c) destructividad necrofílica, el odio contra la vida misma y la pasión por trascender la vida destruyéndola.

En relación con esta última forma de agresión, en los últimos años Fromm ha hecho una formulación importante distinguiendo entre biofilia, el amor a la vida, y necrofilia, la atracción y el deseo por todo lo que es no vivo, decadente o puramente mecánico. Este concepto, que parece hechar nueva luz sobre los procesos del vivir patológico y normal, es una modificación básica de la teoría de los instintos freudianos de vida y de muerte. Incluye la anterior concepción respecto de que el amor a la vida y el amor a la muerte son los impulsos más fundamentales del hombre; no obstante, en contraste con la teoría freudiana, la necrofilia no es vista como una tendencia biológica normal, sino como una tendencia patológica que deriva de una variedad de causas. En *El corazón del hombre*, Fromm la describe como la tendencia patológica del “carácter anal” de Freud. Clínicamente, Fromm ha demostrado (en conferencias y en un manuscrito que se publicará próximamente) cómo los sueños, las asociaciones libres y el comportamiento permiten reconocer la presencia y la intensidad de los impulsos biofílicos en oposición con los necrofílicos. Sostiene que la fuerza de las tendencias biofílicas en una persona es un factor decisivo para sus posibilidades de cambio.

Como parte de esta breve reseña de los aportes de Fromm, debe mencionarse que adelantó la aplicación del psicoanálisis al proceso histórico, en particular para lograr una mayor comprensión del cristianismo primitivo, el protestantismo, el fascismo y el capitalismo democrático. También realizó dos estudios en gran escala en el campo de la psicología social analítica, uno a comienzos de la década de 1930 sobre las formaciones de carácter autoritarias y democráticas entre los empleados y



obreros alemanes y otro, que acaba de publicarse, sobre la estructura caracterológica de los campesinos de una pequeña villa mejicana.

La orientación de Fromm no es antifreudiana. Considera que los principales descubrimientos de Freud acerca de los procesos inconscientes, la naturaleza dinámica del carácter y el efecto liberador y curativo de llevar a la conciencia los contenidos inconscientes constituyen la esencia del psicoanálisis. En sus formulaciones, Fromm trató de ampliar las contribuciones de Freud liberándolas de los límites que les imponía la teoría de la libido. Es también característico de su obra el tratar de resucitar el temprano espíritu radical del psicoanálisis que surgió con los primeros descubrimientos de Freud.

Freud también trató de desarrollar un sistema de valores éticos basado no sólo en la autoridad o la revelación sino en el conocimiento de la naturaleza humana. La independencia, la verdad y el amor son las cualidades que el hombre adquiere cuando se libera de la simbiosis y la fijación, la ansiedad y la codicia; esas cualidades son, al mismo tiempo, los valores supremos de la ética humanista. En el desarrollo de estas ideas, Fromm ha adoptado el supuesto de que la más fundamental entre las polaridades éticamente significativas es la de "tener" y de "ser", que corresponde a las actitudes improductiva y productiva. Fromm considera que el pensamiento budista, basado en un análisis de la condición existencial del hombre sin mistificaciones ni sumisión a la autoridad irracional, influyó en su búsqueda del fundamento de las normas éticas en la naturaleza del hombre.

Fromm tuvo siempre la convicción de que la alienación, la falta de integridad, y por ende un sentimiento de identidad defectuoso, constituyen las mayores limitaciones para la psiquis individual, y que en la sociedad industrial contemporánea se han convertido en el problema de todos. En *Man for Himself*, escribe:

Nuestro problema moral es la indiferencia del hombre ante sí mismo. Ella se debe a que hemos perdido el sentido de la significación y la unicidad del individuo, que nos hemos convertido en instrumentos de propósitos que se hallan fuera de nosotros mismos, que nos experimentamos y nos tratamos como mercancías y que nuestros propios poderes se han alienado de nosotros mismos. Nos hemos convertido en cosas y nuestros vecinos se han convertido en cosas. El resultado es que nos sentimos impotentes y nos despreciamos por nuestra impotencia.

Oponiéndose a la identificación de la salud mental con la adaptación, Fromm ha hablado de la "patología de la normalidad" y analizado el problema de ser sano en una sociedad insana. En sus primeros trabajos afirmó que una persona alienada, sólo capaz de relacionarse con el mundo "objetivamente" sin poder experimentarlo subjetivamente, en algunos sentidos no está menos deteriorada que la persona psicótica, tan inmersa en sentimientos subjetivos como para ser incapaz de aprehender el mundo con objetividad.

Su amplio conocimiento de la filosofía, la historia teológica y bíblica, las ciencias sociales y los asuntos políticos llevó a Fromm a escribir varios libros que no están relacionados directamente con el psicoanálisis: *¿Podrá sobrevivir el hombre?*, un análisis crítico de la guerra fría y del socialismo soviético; *Y seréis como dioses*, un análisis de los conceptos de Dios, hombre e historia en el Antiguo Testamento y en la literatura tálmica, así como un análisis del estilo de los Salmos, y *Marx y su concepto del hombre*, una introducción a la filosofía humanista de Marx. Además, su compromiso activo por la causa de la paz y el socialismo es un hecho poco común en el mundo psicoanalítico.

En sus encuentros personales, Fromm siempre busca el crecimiento independiente del otro. Pide, implícita y explícitamente, que el otro desarrolle su propia unicidad. Emerson señaló una vez que, como maestro, no tenía "ningún deseo de atraer los hombres hacia mí, sino de llevarlos hacia sí mismos". Lo mismo sucede con Fromm.

A pesar del papel decisivo que atribuye a la sociedad en la formación del carácter de los hombres, Fromm aclara explícitamente que cada persona debe hacerse cargo de la responsabilidad por su propia vida. Es decir, aunque encuentra culpable a la sociedad, insiste en que el hombre es responsable por sus acciones. No se trata de una dicotomía irreconciliable, ya que se refiere a dos modos diferentes aunque interactuantes de considerar una situación en cualquier momento, desde un punto de vista individual y desde una perspectiva social.

En su enfoque comprometido aunque nada sentimental del proceso psicoanalítico, Fromm fue influido por las enseñanzas zen. Una combinación del pensamiento espiritualista oriental con el psicoanálisis científico puede parecer otra paradoja; sin embargo, ambos sistemas se ocupan de la naturaleza humana y de su transformación. Hay paralelos más específicos. En ambos hay una preocupación por la experiencia inmediata —por distinguir claramente lo que es real de lo que sólo lo parece— antes que demasiada confianza en las palabras y las explicaciones, pues las palabras a menudo se usan sin saberlo para evitar las emociones y proporcionar realizaciones. Fromm considera que el analista para desarrollar la capacidad y la competencia que le permita esclarecer a la otra persona, debe ser capaz de lograr una absoluta concentración, que desdeñe los detalles irrelevantes y se oponga a la idolatría y las necesidades de status.

Fromm amplió su concepción del proceso analítico delineando las características que, en la medida de lo posible, debe tratar de desarrollar un psicoanalista:

El analista comprende al paciente sólo en la medida en que experimenta en sí mismo todo lo que experimenta el paciente; de otro modo, sólo tendrá del paciente un conocimiento intelectual, pero nunca sabrá qué experimenta realmente, ni será capaz de hacerle saber que comparte y comprende su experiencia. En esta relación productiva entre analista y paciente, en el acto de comprometerse plenamente con el paciente, en el mantenerse plenamente abierto y sensible ante él, en el de estar, por así decirlo, absorbido



por él, en esta relación de centro a centro, radica una de las condiciones esenciales de la comprensión y la cura psicoanalíticas. El psicoanalista debe convertirse en el paciente, aunque debe seguir siendo él mismo; debe olvidarse de que es el médico, aunque debe conservar conciencia de ello. Sólo cuando acepte esta paradoja podrá dar “interpretaciones” que tendrán autoridad por estar arraigadas en su propia experiencia. El analista analiza al paciente, pero el paciente también analiza al analista, pues éste, al compartir el inconsciente del paciente, no puede dejar de esclarecer su propio inconsciente. Por ende, el analista no sólo cura al paciente, sino que es curado por él. [De *Budismo zen y psicoanálisis*.]

Esta concepción de que paciente y terapeuta se curan mutuamente impide los intercambios estereotipados; genera nuevas experiencias y facilita la madurez y el respeto verdaderos. Es preciso desarrollar la capacidad para dar de sí mismo, pero debe haber también un receptor de eso que se da; si no es mutuo, el intercambio no es tampoco efectivo. Sólo en un encuentro recíproco y comprometido es posible que las partes de la personalidad más temidas –así como las más ricas– resulten soportables y permisibles para la experiencia.

Fromm ha escrito poco acerca de la terapia y la técnica psicoanalíticas; sin embargo, incluso en los seminarios que dictó en los últimos treinta años, ha compartido sus conceptos y métodos en el contexto de la presentación detallada de casos clínicos. En la década de 1930 comenzó a alejarse de los puntos de vista y la metodología freudianas de su entrenamiento psicoanalítico. Se opuso a esa forma del enfoque genético que transforma al psicoanálisis en una artificiosa investigación histórica, tras haber observado cuán a menudo el método clásico se demora en hechos del pasado e “interpreta” experiencias inconscientes mediante reconstrucciones desprovistas de vida.

Su manera de entender el psicoanálisis lo llevó a desarrollar una técnica activa. En los primeros tiempos de su carrera observó la tendencia a abusar de la asociación libre, que a menudo está al servicio de la resistencia. De este modo, no duda en poner en primer plano desde un principio aspectos significativos de la vida del paciente, ayudándolo así a pasar más rápidamente de la superficie a las capas más profundas. La meta más importante de su terapia psicoanalítica es hacer que el paciente experimente su realidad inconsciente, antes que teorizar sobre la misma. Esa experiencia es a la vez atemorizadora y estimulante; cuanto más profunda se hace, mayor es el efecto liberador, pero también mayor es la posibilidad de que se presenten perturbaciones transitorias difíciles de manejar en la situación profesional ordinaria.

Para Fromm, el psicoanalista busca un constante enfrentamiento del paciente con sus deseos y fantasías disociados, movilizándolo sus impulsos sanos hacia una mayor integración y productividad. Este proceso –y no las palabras de consuelo– proporciona confianza y esperanza genuinas. El mayor estímulo es ser considerado con seriedad, que a uno se le diga la verdad, y desarrollar la confianza en los propios esfuerzos para ayu-

darse a sí mismo. Freud cree que cuando este enfrentamiento no lleva a la movilización, el método psicoanalítico no puede ser útil.

La naturaleza de la orientación de Fromm ante el psicoanálisis ha sido descrita por uno de los compiladores (E.S.T.) de esta obra en el *American Handbook of Psychiatry*:

[Fromm considera esencial] que el psicoanálisis penetre todo lo profunda y rápidamente que sea posible hasta el mismo centro de la vida del paciente, a fin de identificar su solución inconsciente, irreal, tenazmente defendida, frente a su separación, a fin de no perder tiempo considerando las consecuencias de su problema y sus ajustes; forzándolo en cambio a enfrentar sus resistencias sin dar cuartel. Este proceso se lleva a cabo en una situación en que el analista está plenamente comprometido con el paciente. El psicoanalista no espera, imaginando cosas, sopesando qué puede tolerar el paciente, puesto que, Fromm afirma con pesar, la mayoría de las demoras están de algún modo al servicio de la ansiedad del terapeuta. Este, mediante su auténtico interés, dedicación, apertura y verdadera participación, debe revelar que hay una urgencia por aferrar la vida, por buscar y hacer frente a la incertidumbre. Fromm rechaza la idea de que el psicoanalista debe ser pasivo. Esto no descarta la preciosa capacidad para escuchar con todas las propias capacidades, pero la pasividad puede ser abusiva cuando sirve meramente para disfrazar la insensibilidad del psicoanalista. [...]

Fromm usa, por así decirlo, su ojo científico para saber qué está pasando, para conservar una perspectiva, pero ayuda a la persona a emerger gracias a su propia vitalidad, a su propio valor para conocer y sentir. Considera imperativo que el paciente se enfrente lo más pronto posible con su propia decisión de vivir o morir. Debe haber un sentimiento de urgencia por vivir. El psicoanalista debe identificar cuidadosamente el punto de la vida del paciente en que éste se ha atascado en la rutina, y debe distinguir las consecuencias secundarias de las dificultades básicas para no luchar con las consecuencias de un problema, sino con el problema mismo. Fromm considera que el individuo está comprometido en algo que equivale a una dedicación religiosa a resolver el sentimiento de separación o soledad. El paciente mismo puede no tener conciencia de la intensidad y la importancia de la pauta concreta de resolución mediante la cual está viviendo. El psicoanalista debe captar este motivo y llevarlo a la atención del paciente con plenitud e intensidad. Estas falsas soluciones al problema de la vida pueden consistir en el deseo de hallarse junto a la madre, de la mano de ella, en su falda o bajo la protección materna, o bien de someterse al dominio del padre. Estas soluciones falsas deben ser sacadas a la luz pues impiden toda relación real con el mundo, las personas, el trabajo y el amor. Toda la energía vital gira en torno de estas soluciones falsas, nutriéndolas; toda la actividad es organizada de modo que nutran las metas idólicas. El terapeuta mismo debe esforzarse por alcanzar las metas que representan el más alto potencial para él. Sólo si se consagra a



la tarea de ser plenamente sensible y consciente, el psicoanalista puede enfrentar auténticamente las falsas soluciones del paciente, de manera constructiva, sin hipocresía y con esperanza.

Fromm comprende que está hablando acerca de un ideal para él mismo, y para todos nosotros. Sabe que todos distamos de haberlo cumplido, pero eso no significa que debemos volvernos cínicos, que tomemos el camino fácil. Si no tenemos responsabilidad por nuestras vidas, no podemos ocuparnos de la vida de otros.

Como algunos de los autores de este volumen lo demuestran, nos vemos enfrentados con el peligro de que, dentro de algunas décadas, la vida se haya extinguido sobre nuestro planeta. La polución del aire, el agua y el suelo amenazan la integridad de nuestra biosfera; con todo, las economías de la mayoría de las naciones están organizadas para producir estos peligros, así como el irreflexivo agotamiento de otros recursos. Nos vemos amenazados por la guerra nuclear, química y biológica; a pesar de ello, nuestro inexorable compromiso con la tecnología militar nos asegura que la curva de riesgo seguirá ascendiendo. El desarrollo del estado corporativo parece entrañar de modo inevitable la declinación de la democracia y la creciente alienación y degradación de la experiencia vital. Las perspectivas son tenebrosas. Como afirma Fromm, sólo un sentimiento de urgencia y una reformulación radical de la auténtica preocupación del hombre por sí mismo y sus congéneres puede suministrar las bases para una verdadera esperanza.

En esta colaboración nos hemos referido al compromiso con la vida de Erich Fromm, a su obra y a su influencia. Fromm es un hombre cuyas palabras son caminos, y cuyos caminos son la razón, el amor y la fe en las posibilidades del hombre.

I PSICOANALISIS



Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke.
Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

CAPÍTULO I

EL PACIENTE Y EL PSICOTERAPEUTA: COMENTARIOS SOBRE LA “UNICIDAD” DE SU RELACION

Otto Allen Will (h.)

El amor es el interés activo por la vida y el crecimiento de aquello que amamos.
(Erich Fromm, *El arte de amar*)

Introducción

Me ocuparé aquí de determinados aspectos de la relación psicoterapéutica que pueden contribuir a lo que a menudo se ha dado en llamar su unicidad. La intensidad y durabilidad del vínculo que se desarrolla indica que éste contiene elementos de afecto, amistad y amor que lo convierten en “algo más” que un ejercicio técnico, clínico, en el tratamiento de las perturbaciones psiquiátricas. Refiriéndose a este tema, William Snyder dice: “Es evidente que con frecuencia la terapia es una importante experiencia humana, una de las experiencias sobresalientes de la vida, en especial para los pacientes, pero muchas veces también para los terapeutas”¹.

Yo mismo he experimentado que la relación psicoterapéutica se caracteriza por tener propiedades que son poco comunes —si no están totalmente ausentes— en los demás contactos interpersonales. Es difícil especificar qué es “útil” en terapia —qué es terapéutico—, y es probable que la efectividad sea el reflejo de una combinación de factores, antes que simplemente el resultado de lograr mayor insight, etc. No obstante, lo que nos interesa en este momento no es tanto aquello que pueda producir los cambios que se desean conseguir en un paciente con problemas, sino algunos de los elementos que pueden asociarse con el hecho de que los participantes vivan la situación como extraordinaria y apasionante.

Evito aquí la palabra amor, no porque dude de la existencia o utilidad de ese sentimiento, sino porque se refiere a una amplia gama de temas que exceden mi dominio profesional y mi experiencia personal. Hace algunos años dije a un paciente que, según mi opinión, el amor no era en sí mismo un elemento curativo. La respuesta fue categórica: “Es muy probable que usted esté equivocado”. Quizá sea así pero prefiero no hablar con ligereza de aquello que no puedo definir o identificar con suficiente claridad. De este modo, no trataré de atribuir la unicidad del

¹ William Snyder, *The Psychotherapeutic Relationship* (Nueva York, Macmillan Co., 1961), pág. 2.



encuentro terapéutico a un concepto —el amor— que muy a menudo es un fenómeno huidizo y efímero, en su mayor parte privado y poco comprendido. Creo que las siguientes observaciones de Joseph Conrad son algo significativas al respecto:

Todas las personas muestran una respetuosa deferencia por ciertos sonidos que ellos y sus congéneres pueden emitir. Pero acerca de los sentimientos la gente realmente sabe muy poco. Hablamos con indignación o entusiasmo; hablamos acerca de la opresión, la crueldad, el crimen, la devoción, el autosacrificio, la virtud, cosas de las que realmente no conocemos más que las palabras. Nadie sabe qué significa el sufrimiento o el sacrificio, excepto, quizá, las víctimas del misterioso propósito de estas ilusiones.²

Las ideas expuestas en este informe —que no pretenden ser originales— pueden aplicarse hasta cierto punto a las intervenciones psicoterapéuticas en general, pero será útil evitar, en la medida de lo posible, extender sus contenidos en sentidos que no hallen un firme apoyo en la teoría basada en observaciones clínicas. Limitaré mis observaciones a informes personales de mi propio trabajo con algunos pacientes esquizofrénicos, sin pretender alcanzar la verdadera objetividad científica, ni que estos puntos de vista tengan significación inmediata para quienes se hallen en circunstancias diferentes.

Formulación del problema

Al considerar mis experiencias actuales y pasadas como terapeuta de pacientes esquizofrénicos, me siento impresionado por la claridad aparente (si no real) de los recuerdos que tengo de ellos y de los detalles de nuestros vínculos recíprocos. Aunque estas relaciones eran a menudo tormentosas, y en un sentido convencional desagradables, por lo común persistieron, desarrollándose lazos que se conservaron a pesar de no mantener un contacto personal frecuente después de terminada la tarea. En estos vínculos había algo más que el deseo de cumplir una obligación profesional por parte del terapeuta o la incierta esperanza de cambiar por parte del paciente. Los contactos se caracterizaban por una amplia gama de sentimientos compartidos —ternura tanto como ira, disgusto y la irrupción en estados de pánico incipiente— y las relaciones (en la realidad y en la memoria) llegaron a convertirse en partes significativas y valiosas de mi vida. ¿Cómo llegó a ocurrir esto? La pregunta fue formulada repetidas veces, por los pacientes y por mí mismo. Presentaré algunos ejemplos.

John tenía algo más de 20 años en nuestro primer encuentro. Había abandonado la universidad en el primer año debido a su incapacidad para concentrarse en el estudio, un sentimiento creciente de con-

² Joseph Conrad, "An Outpost of Progress", en *Typhoon and Other Tales* (Nueva York, Signet Classic, publicado por New American Library, 1962), pág. 197.

fusión, la convicción de carecer de valores y un persistente temor derivado del sentimiento de ser perseguido y espiado. Al despertar de una pesadilla que apenas recordaba, y que al parecer tenía algunos contenidos incestuosos con una mujer que se asemejaba vagamente a su madre, había saltado desde la ventana de un segundo piso sin lastimarse mucho, y desde entonces se había mantenido apartado y silencioso. Aunque lo visitaba diariamente en su cuarto de hospital, permaneció en silencio durante varias semanas y al parecer no reparó en mi presencia. Cuando no permanecía quieto sobre su cama o el piso, a menudo me ordenaba que me fuera, atacándome físicamente si no lo hacía. Hablando en ocasiones posteriores acerca de nuestra relación, dijo: "De algún modo nos habíamos vuelto importantes el uno para el otro. Con frecuencia usted me parecía muy peligroso, y a veces pensé que simplemente debía eliminarlo. No lo comprendo; ¿por qué no pude librarme de usted?"

Mary tenía 20 años cuando empecé a tratarla en un hospital. Había caído en un estado de depresión, aislándose socialmente durante su tercer año en la universidad; su pensamiento se había vuelto tan desorganizado que había abandonado sus estudios. Anduvo de un psicoterapeuta a otro no hallando ninguno que la conformara, y después de un año hizo un serio intento de suicidio. Durante gran parte de los años en que trabajamos juntos me hizo objeto de hostiles ataques vengativos. Descubría mis peculiaridades y defectos personales con notable sagacidad y precisión, y a menudo hablaba con tanta crueldad y realismo que sus observaciones no podían tratarse como "psicóticas". En otros momentos estaba aterrorizada, alucinada y se agredía físicamente, requiriendo un cuidado casi constante. Con frecuencia me echaba, insistiendo en que yo sólo quería hacerle daño y acusándome de seguir siendo su terapeuta sólo para lograr mis propósitos malignos y destructivos hacia ella. Pasados unos pocos meses, dijo: "Usted es único. No hay nadie como usted. Usted no es mi padre ni ninguno de mis hermanos. Usted no es mi madre. Usted no parece un médico. Usted no es algo a lo que yo pueda señalar. No sé quién es usted, y no sé qué hacer con usted. ¿Qué es esto que me está ocurriendo con usted?"

Jane también se había tratado durante períodos cortos con varios terapeutas antes de que nos encontráramos cuando ella tenía 24 años. Su experiencia en la universidad había sido catastrófica debido a su falta de interés por el trabajo, a pesar de su evidente talento para la pintura, y a su manifiesta agresividad en situaciones caracterizadas por la autoridad o la creciente intimidad. No obstante, se graduó y pronto contrajo matrimonio, una decisión desdichada realizada al parecer como un esfuerzo por apuntalar una autoestima que declinaba rápidamente. Su adaptación conyugal y social fue marginal, se volvió apartada y taciturna, entrando luego en un estado de pánico que la llevó a aislarse y atacar aquello que la rodeaba, debiendo ser internada. Nuestro trabajo fue tormentoso y duró varios años, en los cuales Jane manifestó una variedad de comportamientos, mostrándose alternativamente agre-



siva, apartada, silenciosa, autodestructiva, abatida, y a veces aparentemente libre de ansiedad y de toda manifestación discernible de psicosis. Con el tiempo mejoró y nuestro trabajo llegó a su fin. Mi esposo, asistente de psiquiatría de mucha experiencia y gran capacidad, había trabajado conmigo y con Jane, y entre las dos mujeres existía una recíproca simpatía.

Algún tiempo después de la interrupción del tratamiento, Jane visitó nuestra casa y tomamos el té en el jardín durante el crepúsculo de un hermoso día estival en Maryland. En el curso de la reunión, Jane y yo discutimos, no recuerdo sobre qué. Gwen, mi esposa, que escuchaba con interés, dijo en un momento:

“Estoy fascinada por la manera en que hablan entre ustedes; hay algo fuera de lo común en eso. No es exactamente el modo en que nosotros hablamos (volviéndose hacia mí). Es como si cada uno de ustedes supiera acerca del otro algo que yo no sé, han pasado por una experiencia que les ha dejado algo, y es interesante observarlo. En algunos sentidos, los envidio”.

Jane se mostró asombrada: “¿Qué es lo que usted nota? Usted está casada con este hombre; han vivido juntos durante mucho tiempo, usted tuvo hijos de él. Que yo sepa, se llevan bastante bien... creo que ustedes quieren. Yo sólo he sido una paciente, y usted es la esposa y la madre de sus hijos. Ustedes viven juntos y supongo que continuarán así, mientras yo me voy. ¿Qué puede usted envidiar?”

La respuesta de Gwen fue simple: “Tal vez envidia no sea la palabra correcta para lo que yo siento, puesto que no me siento infeliz. Sólo he observado algo que es diferente. Ustedes dos hablan como una paciente y el médico, no como yo hablo con él (señalándome con la cabeza). Tal vez sea un reflejo de la experiencia que ustedes han tenido juntos. De cualquier modo, hay una diferencia... algo único”.

La relación terapéutica a veces es experimentada como “semejante” a alguna otra cosa, el terapeuta entonces es tratado aparentemente como el padre, la madre, los hermanos, el amante, el amigo, el enemigo o la figura de una pesadilla, etc. Para describir las cualidades emocionales de la relación pueden usarse otros términos (a menudo tomados de las mediciones lineales y térmicas): cálidas, frías, cercanas, distantes, etc. No hay palabras —ni combinación de palabras— que puedan describir adecuadamente la naturaleza de este compromiso humano, y no trataré de expresar aquí lo que pueden hacer mejor el artista y el poeta. Nos interesaremos ahora por lo que dicen algunos pacientes, terapeutas y otros observadores acerca de determinados vínculos terapéuticos, subrayando características tales como la durabilidad, la intensidad y una cualidad de “unicidad” que es difícil definir.

La persona de la que nos ocupamos

Con el fin de evitar generalizaciones excesivas, debemos hacer algunos comentarios acerca del tipo de persona con el que el psicoterapeuta desarrolla estos vínculos. Sin duda, el mismo terapeuta debe con-

siderarse como un componente fundamental en estas transacciones, que influye y es influido por todo lo que sucede en ellas. Además, debe reconocerse que otros observadores menos comprometidos probablemente darían descripciones diferentes —pero no forzosamente más significativas— de estos hechos.

La persona de la que nos ocupamos ha sido diagnosticada como esquizofrénica y cargada con un incómodo papel —el de paciente— al que puede negar, resistirse, o aceptarlo con sentimientos de desesperanza y humillación. A pesar de las enseñanzas de los últimos 30 años o más, el antiguo terror a la esquizofrenia y la demencia precoz persiste, de modo que el diagnóstico implica siempre desesperanza, aislamiento irreversible cuando no deterioro, y una “muerte en vida”. La frecuente aparición del desorden, los desacuerdos respecto de sus orígenes, los múltiples y cambiantes modos de tratamiento, la incertidumbre en cuanto al resultado, y los costos de la búsqueda de un alivio en términos de esfuerzo, dinero y tiempo parecieran justificar una grave preocupación, pero no el terror, una palabra que implica la presencia de algo maligno, misterioso y que está más allá del entendimiento humano.

De acuerdo al uso que damos aquí a la palabra, esquizofrenia no significa una entidad patológica específica en el sentido médico clásico. Las actuales reuniones de equipos psiquiátricos a menudo me recuerdan aquellas en que participaba hace años, en las que los participantes trataban —a menudo sin un consenso definido— de describir y evaluar el comportamiento de otro ser humano y aplicarle un rótulo. Esta tarea no es simple, pues nada de lo que decimos parece adecuado, ya que la persona y sus modos de vida resultan demasiado huidizos como para atraparlos en la red de nuestra nomenclatura. Podemos decir de ella que es fronteriza, esquizoide, que posee un desorden de carácter esquizoide con rasgos obsesivos, que es una esquizofrénica con características depresivas e histéricas, etc. Nada aclaramos así respecto de la identidad de la persona y su dolencia.

En 1928 Sullivan decía lo siguiente acerca del diagnóstico:

La experiencia continuada con personas afectadas por desórdenes mentales debilita las esperanzas del autor de hallar entidades nosológicas claras. Cuanto más aprende acerca de lo que le sucede a su paciente, menos se puede depositar en los supuestos tipos de reacciones adaptativas anómalas y perversas. El campo del desorden mental parece una gradación continua, que deja poco lugar para los tipos discretos.³

Cuatro décadas más tarde, en 1969, Burnham, Gladstone y Gibson se ocuparon del mismo tema:

Puede ser conveniente [...] formular nuestra creencia en que todavía no poseemos una teoría de la esquizofrenia única, amplia y

³ H. S. Sullivan, “Tentative Criteria of Malignancy in Schizophrenia”, *American Journal of Psychiatry*, 7 (1928), 760.



adecuada. Esto se debe en parte a que la esquizofrenia no es una entidad nosológica discreta. [...] Lo que queremos subrayar es que cualquier idea de una clasificación ordenada para el uso del rótulo esquizofrenia puede ser parcialmente espuria. En consecuencia cuando hablamos de la "persona esquizofrénica" debemos tener conciencia de que nuestra capacidad para generalizar dentro de una clase uniforme de personas claramente establecida es limitada.⁴

A pesar de la gran medida de incertidumbre que parece existir, hay hechos que dan fundamento a los siguientes puntos de vista. Oscuro como lo es a menudo, el comportamiento esquizofrénico es simplemente humano, no es "apsicológico", en gran medida es aprendido y así refleja la experiencia (actual, pasada y anticipada), y expresa la motivación en el sentido de búsqueda de una meta. Nuestras actitudes hacia las relaciones humanas tienen sus orígenes en la infancia y luego son moldeadas por los contactos de los años posteriores llevando a las consolidaciones más permanentes de la identidad en la adolescencia. Los antecedentes de las perturbaciones esquizofrénicas pueden rastrearse en las instituciones del pasado: la familia, la cultura y la sociedad; las razones de su persistencia deben buscarse en las demandas del presente y en las expectativas del futuro.

Debido a la variedad de comportamientos abarcados por la palabra esquizofrenia, no es suficiente hablar sólo de la unicidad de la relación terapéutica con un paciente esquizofrénico. Se necesita un grado mayor de especificidad, y lo buscaremos.

Las personas a las que se refiere este trabajo poseían en general, determinadas características. Tenían entre 17 y 35 años, habían pasado los cambios de la pubertad sin ser identificadas como "casos psiquiátricos" (aunque para algunas los primeros años habían sido tormentosos), y en la adolescencia habían logrado algún éxito social reconocido. Todas habían tenido experiencias heterosexuales con mayor o menor gratificación, aunque la búsqueda de contacto corporal, cercanía física y un modo de relación humana habían tenido más importancia que la satisfacción de los deseos eróticos. De inteligencia superior, habían completado la escuela primaria o más, y sus capacidades verbales estaban muy desarrolladas, siendo por lo común capaces de presentarse de modos atractivos y a menudo pintorescos. En todos los casos, la aparición de una perturbación públicamente reconocida siguió a hechos experimentados como críticos; no obstante, sin un conocimiento de su vida pasada, la crisis podría haberse considerado mínima o nada extraordinaria, pasándose por alto en el momento de su aparición. En general, esa crisis estaba relacionada con el temor a la pérdida de objetos, la separación y la consecuente amenaza a la autoestima y la identidad personal. La época de la primera manifestación de la enfermedad es difícil de identificar; a medida que se conoce a la persona, se ve que los anuncios de dificultades estaban presentes en años anteriores (a me-

⁴ D. L. Burnham, A. I. Gladstone y R. W. Gibson, *Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma* (Nueva York, International Universities Press, 1969), pág. 15.

nudo en la niñez), y que el desorden parece reflejar la acumulación de ataques a la maduración y defectos de aprendizaje que se remontan al primer año de vida.

La primera aparición de "signos clínicos" en este grupo es por lo común aguda: una separación a menudo dramática de un tipo de vida hasta entonces aparentemente normal. Aunque esas personas parecen necesitar y querer una estrecha relación humana —y a menudo prometen dar mucho por ello— tienden a ser suspicaces y temerosas, lo que hace que el contacto con ellas generalmente esté marcado por un tipo de aproximación y alejamiento atormentador y con frecuencia seductor.

La forma de la relación, respecto de su intensidad y del modo en que es experimentada, dependerá en parte del sexo del paciente y del terapeuta, la aceptación de la proximidad por parte de ambos en relación del compañero, y las tradiciones culturales en este sentido, tales como que la proximidad entre hombres sea vista como peligrosamente "homosexual". No obstante, las características de la relación que señalaremos más adelante pueden ser comunes a cualquier pareja con fines terapéuticos.

La oportunidad y el riesgo de la adolescencia

Las personas de este grupo habían encontrado grandes dificultades —y, como resultado, habían puesto de manifiesto desventajas personales— al tratar de enfrentar las tareas de la adolescencia. Las siguientes son algunas de las tareas que les resultaron más difíciles: 1) desarrollar intimidad con pares de ambos sexos, permitiendo la manifestación personal y la modificación de conceptos autistas persistentes, la mayor parte de los cuales deberían haberse corregido en épocas más tempranas del crecimiento (sobre todo en la niñez); 2) combinar las necesidades de intimidad, de satisfacción erótica, y de mantener la seguridad y el amor propio de modo tal que todas pudieran ser satisfechas de una manera tolerable junto con otra persona, habitualmente del sexo opuesto; 3) desarrollar una norma de comportamiento sexual de una manera confiable y gratificante, coherente con los ideales personales y un concepto aceptable de sí mismo; 4) un sentimiento de la identidad personal duradero, agradable y en alguna medida públicamente aceptable; 5) un sistema de valores identificable, persistente aunque modificable, y armónico con la idea de sí mismo; 6) separarse de la familia de origen, desde un punto de vista emocional y a menudo, hasta cierto punto, también físico; 7) elegir una carrera que se adapte —y dé esperanzas de expansión— al concepto de sí mismo, y 8) adoptar un rol social coherente con la identidad personal y que permita un posterior desarrollo de la personalidad. La incapacidad para hacer frente a estos requerimientos y otros semejantes revela una ineptitud social que refleja deficiencias del aprendizaje acumuladas con los años. Las tentativas de ocultar estas incapacidades puede dar lugar a comportamientos tan desviados como para provocar la reacción y la respuesta públicas, llevando



al joven a la adopción forzosa del rol de paciente, si no el de delincuente, u otro.

Según los consideramos aquí, los procesos esquizofrénicos son en gran medida una resultante de experiencias del desarrollo; es decir, características de la personalidad formadas mediante fracasos en la adquisición de capacidades interpersonales y sociales, y fallas en la equiparación del potencial biológico con las influencias interpersonales, sociales y culturales en los momentos apropiados de una escala secuencial. No podemos decir que este grupo tenga diferencias genéticas en comparación con otros, pero es notable que éstas (en caso de estar presentes) sumadas a los diversos traumas no han bastado para obstruir el crecimiento en una medida que impidiera la realización de adaptaciones (o soluciones de compromiso aparentemente adecuadas) capaces de permitir a esas personas vivir, sin intervención psiquiátrica, su temprana o media adolescencia. (Estos últimos términos son usados aquí en un sentido evolutivo antes que cronológico, siendo el número de los que alcanzan determinada edad cronológica mucho mayor que el de los que alcanzan la correspondiente etapa evolutiva). Debe señalarse que la adolescencia —sobre todo en sus etapas tempranas—, al igual que la infancia es una época que ofrece la oportunidad para grandes cambios de la personalidad y correcciones de defectos o déficits previamente adquiridos⁵.

Consecuencias relativas al desarrollo temprano derivadas de lo anterior

La persona que describimos aquí tiene grandes dificultades para relacionarse con las personas —con un mundo de “objetos”— sin experimentar estados de mucha ansiedad y el consecuente desarrollo de complicaciones en el compromiso (“defensas” u “operaciones de seguridad”) destinadas a mantener un sentimiento de seguridad personal y a permitir algo que se asemeje a la intimidad, o al menos al contacto humano. En vista de 1) la observación de que el penoso comportamiento llamado esquizofrénico se manifiesta en gran medida en un ámbito interpersonal y social, y 2) de que la estructura intrapsíquica de la personalidad es un reflejo de las transacciones que mantiene el organismo en desarrollo con el ambiente externo, nuestra atención es llevada forzosamente hacia las tempranas experiencias del individuo en los campos sociales de la relación madre-hijo, la familia, la sociedad inmediata y la cultura en general. En síntesis, la perturbación no surge “de la nada” sino que nace de las transacciones presentes en relación con el pasado: la dotación biológica y la influencia social.

El bebé, al carecer de una amplia gama de respuestas instintivas

⁵ Véase lo que expone H. S. Sullivan sobre la adolescencia en *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (Nueva York, W. W. Norton and Co., 1953), caps. 17 y 18. Véase también M. S. Mahler, “On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation”, vol. I, *Infantile Psychosis* (Nueva York, International Universities Press, 1968), pág. 49.

confiables, durante los primeros meses de vida debe enfrentar los problemas de la existencia mediante la dependencia de una persona que lo críe.

Citemos una vez más a Sullivan:

Al nacer, el animal humano es profundamente dependiente y, en una medida cada vez menor pero aún grande, sigue dependiendo de la tierna cooperación del ambiente humano durante cinco o seis años. [...] Las capacidades que lo caracterizan maduran de modo progresivo durante un período de no menos de 10 a 20 años [...] De igual modo, es claro que las potencialidades innatas que así maduran a lo largo de un período de 10 años son notablemente lábiles, estando sometidas a cambios relativamente duraderos debidos a la experiencia, y constituyen la antítesis de las pautas comparativamente estables a las que se aplica el concepto biológico de *instinto*.⁶

Y Mahler afirma:

Pareciera que la psicosis es la triste prerrogativa de la especie humana. [...] Los animales nacen con instintos bien desarrollados que garantizan la supervivencia individual independiente hasta mucho tiempo después del nacimiento. [Una afirmación demasiado general como para aceptarla si se tienen en cuenta los estudios modernos de etología - O.A.W.] En el ser humano pequeño [...] estos instintos animales [...] se han atrofiado y ya no resultan confiables. [...] La relación psicobiológica entre la madre que cría y el bebé, complementa el yo indiferenciado del recién nacido. Esta empatía normal por parte de la madre es el sustituto humano de los instintos en los que el animal puede apoyarse para sobrevivir.⁷

Cada etapa del desarrollo de la personalidad proporciona una oportunidad para equiparar la acción al potencial de crecimiento, dando lugar a una mayor maduración, y para corregir deficiencias anteriores del desarrollo. Las posteriores anomalías manifestadas en las relaciones con la sociedad indican fracasos en el desarrollo anterior; la relación entre la madre y el niño, el niño y la familia, la familia y la sociedad, etc. Esto, sin embargo, no debe tomarse como una recomendación para lograr una “adaptación” ininterrumpida a las normas restrictivas de cualquier cultura o sociedad específicas. Desde este punto de vista, la esquizofrenia no debe explicarse como una rebelión contra el sistema, como la búsqueda de una “nueva vida”, como un modo de vivir superior, ni como una filosofía en sí misma. La esquizofrenia —según usamos aquí la palabra— denota una tentativa (complicada o simplificada en exceso) de mantener una relación con los demás seres humanos frente a una grave ansiedad. La conducta esquizofrénica no es en sí misma una filosofía, sino un intento costoso y complicado de sobrevivir como or-

⁶ Sullivan, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, op. cit., págs. 20-21.

⁷ Mahler, op. cit., págs. 33-34.



ganismo en un medio interpersonal dificultoso, que es a la vez atemorizador y necesario.

La experiencia de la vida temprana interpersonal —o interhumana (palabra que se adecua mejor a la infancia, antes de que haya avanzado en su desarrollo lo que llamamos “personalidad”)— del ser humano que ha de convertirse en esquizofrénico está (por interferencia) marcada por estados de suma ansiedad anteriores al desarrollo de las capacidades para el lenguaje y la clara separación del objeto y el sí mismo. Las respuestas del bebé a la ansiedad son limitadas: incluyen la somnolencia, el alejamiento, la disociación, la formación de imágenes distorsionadas del cuerpo y el yo, la perpetuación de procesos autísticos, y distorsiones de la percepción. Estas malformaciones están sujetas a modificación —favorable o no— por hechos posteriores, pero la persona esquizofrénica extrae poco beneficio de esa corrección.

El bebé es incapaz de escapar de una situación social de crianza o de otro carácter y de la cual depende su posterior desarrollo; durante años, su incapacidad para cuidar de sí mismo lo liga a un ambiente que puede ser perjudicial, tanto como beneficioso, y que es la fuerza principal para la formación de su personalidad. Para sobrevivir en una atmósfera que puede ser destructiva en muchos sentidos (a menudo sutiles y escasamente percibidos), puede ser necesario desarrollar ilusiones y percepciones inadecuadas acerca de los hechos en que se está envuelto. Los aspectos de la experiencia que no se adaptan a esas ilusiones y un concepto aceptable del yo vinculado a ellos pueden “disociarse”; es decir, mantenerse fuera de la conciencia mediante el complicado recurso de observar cuidadosamente qué es lo que no se debe observar, y evitar cualquier elaboración de las consecuencias de los hechos que podrían parecer amenazadores para una autoestima ya endeble.

Bajo la presión de diversas circunstancias —tales como las demandas de la adolescencia, la ruptura de vínculos de gran importancia personal y mantenidos durante mucho tiempo, graves perjuicios a la integridad orgánica (como enfermedades o lesiones), estados prolongados e intensos de fatiga y temor e intoxicación con drogas— las pautas “defensivas” de conducta (que incluyen la negación, los mecanismos obsesivos, las incapacitaciones histéricas, etc.) pueden resultar inadecuadas, con la consecuencia de que la ansiedad aumenta, la disociación “falla”, y entran entonces en la conciencia fragmentos simbólicos de experiencias anteriores no incluidos hasta entonces en el conocimiento que la persona tiene de sí misma. Estos trozos de pensamiento y emociones asociadas no tienen referentes claramente percibidos en el pasado o el presente; a menudo incorporan prescripciones culturales, pobremente comprendidas pero aparentemente funestas, relativas al bien y al mal, y son tan ajenos y atemorizantes que la persona envuelta en ellos se halla en una pesadilla que carece de sentido aunque puede ser rápidamente resuelta y promisoriamente comprendida, o bien abandonada y de algún modo olvidada. Ese es el estado de pánico, caracterizado por un sentimiento de desorganización de la personalidad, de la repentina inseguridad de todo aquello de lo que se ha llegado a depender, y la pérdida de las relaciones con las personas cosas e ideas que adquirieron importancia en la propia vida.

Esta es la experiencia esencial de la esquizofrenia, que requiere una urgente solución y deja a la persona con el permanente temor de que se repita.

Mahler se refiere a estos hechos del siguiente modo:

Quisiera señalar la perdurable validez de lo que Freud considera el criterio esencial de la ruptura psicótica con la realidad; es decir, la pérdida del mundo objetal humano cargado de libido. Pocas veces podemos observar, aunque a menudo podemos reconstruir, la lucha prepsicótica, los esfuerzos desesperados por aferrarse, por asirse al mundo objetal humano. Las “relaciones objetales psicóticas”, con seres humanos o no, y las “defensas psicóticas”, por consiguiente, no son más que intentos restitutivos de un yo rudimentario o fragmentado que sirven para lograr la supervivencia. Ningún organismo puede vivir en un vacío, y ningún ser humano puede vivir en un estado totalmente carente de objetos.⁸

El paciente

Cuando la persona en consideración queda “perturbada” —es decir, se muestra incapaz de enfrentarse con sus dificultades hasta el punto de que las personas asociadas a ella no quieren tener parte en su conducta desviada— puede convertirse en paciente, un rol que por lo común no lo atrae. De sus primeros años le ha quedado una carencia básica de fe y confianza en sí misma y en los demás. Su escasa autoestima la hace vulnerable a las opiniones de cualquiera, y su frágil sentimiento de identidad resulta fácilmente debilitado cuando se siente ansiosa. El vínculo con las relaciones humanas está formado y no es fácil renunciar a él, pero la ansiedad consecuente la lleva a sospechar y temer de cualquier persona cuya atención, afecto y consideración necesite; actúa como si esta persona (u “objeto”) pudiera destruirla, ser destruida por ella o, a pesar de sus manifestaciones de bondad, resultar en definitiva maligna; en cualquier caso, se encontrará abandonada y sola.

Para disminuir y controlar la ansiedad en los contactos interpersonales, importantes sistemas de ideas y emociones deben mantenerse alejados de la conciencia mediante el uso de complejas maniobras, con la consecuencia de que cualquier relación que se aproxime a la intimidad resultará complicada y débil, caracterizada por la suspicacia, los movimientos de acercamiento y alejamiento, las pruebas y la constante amenaza de una separación por la huida, la psicosis o el suicidio.

Aunque el afecto y la cercanía son deseados, acarrear la amenaza de revelar la experiencia disociada con la consecuente perturbación del precario concepto del yo y una nueva exposición de la persona a los horrores del pánico. El paciente puede hacer “elecciones”, y ninguna es fácil de realizar o simplemente deseable; todas son desagradables y cada una de ellas resulta costosa. Si el paciente se aleja, se priva del contacto

⁸ *Ibid.*, pág. 64.



humano salvo en una forma rudimentaria y estereotipada (como en el cuidado proporcionado a un paciente “regresivo” crónico) y en todo lo que conserva como fantasía. Matar el objeto no es una solución adecuada, y queda la amenaza del reemplazo; el suicidio, si tiene como finalidad producir algún “renacimiento” mágico o un cambio en la persona y en los demás, no ofrece probabilidades de éxito en ningún sentido. Las tentativas de distorsionar el mundo para hacerlo más tolerable mediante la negación, la ilusión y la alucinación perpetúan el extrañamiento y la psicosis y limitan en gran medida las posibilidades de futuros cambios beneficiosos de la personalidad. La psicoterapia con posibilidades de resultar útil no puede ser en todo momento agradable y, sin duda, será percibida repetidamente como amenazante y destructiva, como si por medio de esta relación el pasado oculto, amenazante, mantenido hasta cierto punto a raya, pudiera salir a la luz y convertirse en parte del yo.

Al respecto, son significativas las observaciones de Guntrip:

El esquizoide se siente enfrentado a una profunda pérdida y a la destrucción del yo y el objeto, en una relación o fuera de ella. En una relación, la identificación supone la pérdida del yo, y la incorporación implica devorar vorazmente el objeto con la consecuente pérdida del mismo. Al alejarse para lograr la independencia, el objeto resulta destruido en la propia lucha por abrirse camino hacia la libertad, o bien se lo pierde en la separación, y el yo queda vaciado o destruido por la pérdida del objeto con el que está identificado. La única solución real es la disolución de la identificación y la maduración de la personalidad, la diferenciación del yo y el objeto, y el desarrollo de la capacidad para la cooperación independiente y la reciprocidad; es decir, el renacimiento psíquico y el desarrollo de un verdadero yo.⁹

El terapeuta

En un análisis de la relación psicoanalítica como el que estamos haciendo aquí, no puede dejar de considerarse al terapeuta como persona. Al hablar de terapeuta nos referimos a alguien que se ha preparado como tal, tiene alguna familiaridad con la teoría de la personalidad y el psicoanálisis, y se ha psicoanalizado a su vez. No obstante, la terapia personal y el conocimiento de la teoría no anulan —ni tienen la finalidad de hacerlo— las cualidades humanas de un terapeuta, convirtiéndolo en una especie de máquina. Es siempre un ser humano, y probablemente descubrirá repetidas veces que su objetividad y su rol terapéutico (estrechamente definidos) no coinciden con sus necesidades personales. Se requiere del terapeuta que no tenga sistemas motivacionales importantes fuera de su conciencia. Si éstos existieran, serían puestos en juego e influirían sobre su conducta a medida que se produce la integración de la relación terapéutica. A menos que se ampare en una negación de su

⁹ H. Guntrip, *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self* (Nueva York, International Universities Press, 1969), pág. 48.

propia existencia, el terapeuta tendrá conciencia de la posibilidad de una variedad de respuestas, y de él se requiere que las maneje de maneras consideradas beneficiosas para la creciente libertad de su paciente. Reseñaremos brevemente algunas de las respuestas del terapeuta que complican el trabajo con pacientes (esquizofrénicos y a menudo de otro tipo) y que son habituales en este tipo de relación:

1. El paciente puede ser visto como un “desafío”, y su mejoría como un modo de demostrar (supuestamente) alguna combinación específica de talentos del terapeuta.
2. El paciente puede ser usado como una pieza de una partida de ajedrez donde el terapeuta entra en competencia con sus colegas para “probar” la supuesta superioridad de un “método” o “escuela” específicas, o bien para demostrar que quienes le enseñaron estaban en “lo justo”, o tal vez “equivocados”.
3. El paciente puede convertirse —para su desgracia— en un objeto fascinado que manifiesta (o es llevado a manifestar) comportamientos concretos o supuestamente confirmatorios de alguna teoría de la personalidad preferida por el terapeuta; esos pacientes, al hallar una adecuación de sus necesidades personales con las del terapeuta que reduce la ansiedad y perpetúa el yo, pueden proporcionar una fuente aparentemente interminable de “material” sin sufrir cambios significativos ni beneficiosos. Son minas de información, que hallan un extraño refugio en la solicitada particularización de su experiencia; ser paciente se convierte así en una carrera, equivalente a la de “ser terapeuta”.
4. En diversas medidas, los terapeutas tienen necesidad de ejercer poder, de controlar y dominar. Algunos pacientes tienen necesidades complementarias: de ser controlados y dominados. La coincidencia de esas necesidades puede reducir la incomodidad en ambos participantes, y en ese caso cada uno tratará de perpetuar una relación que es cómoda, aunque terapéuticamente estéril ya que el cambio es evitado.
5. En su búsqueda de intimidad y seguridad con otra persona, el paciente esquizofrénico puede poner en juego una forma de seducción y aparente afecto que imita (su compañero tiene una necesidad excesiva de ello) una forma de amor. La aceptación de ese vínculo como simple devoción tendrá en un sentido una función útil, y en otro una función destructiva. Es decir, la necesaria investigación terapéutica resultará obstruida, si no impedida.
6. En largos períodos con un paciente apartado, insensible y quizás en estado de mutismo, pueden formarse conceptos fantasiosos del paciente, el yo del terapeuta y la relación. En respuesta a necesidades personales de los participantes, el paciente (y el terapeuta) pueden adaptarse a roles más o menos personales —como hijo, padre, hermano, madre, etc.— sin que haya una comprensión o suficiente confirmación válida de cualquiera de estos roles.
7. Con el tiempo, un psicoanalista puede hallar que su mundo —según



él lo ve— está poblado sobre todo de pacientes, y puede descubrir (o negar) que en algún sentido está aislado y solo, y tal vez apartado. Se ha convertido en un terapeuta, un maestro, un asesor, un consejero y un miembro importante de un sistema que puede haber negado y al cual puede haberse resistido mientras era envuelto por él de modos más o menos sutiles. Descubre que no hay un lugar al cual ir o una persona a la cual recurrir para revelar su descontento y sus “debilidades” personales. Entonces, —sin saberlo o, si lo sabe, con culpa— puede buscar refugio en su paciente. El paciente —que a menudo sabe algo de lo que es ser confidente y padre— puede responder a los requerimientos de dependencia de su terapeuta, y al hacerlo experimentar una disminución de la ansiedad, sin por eso separarse de su pasado, que ha vuelto a hallar en el presente.

8. Lógicamente, a los terapeutas les agrada ver mejorar a sus pacientes, pero la necesidad de curar, de cambiar y de reformar es perjudicial para el tratamiento, puesto que refleja una forma de compromiso personal —narcisismo— que lleva a tratar al paciente de modo impersonal y como un objeto.
9. La necesidad de participar vicariamente en las vidas de los pacientes —en los informes sobre sus correrías— puede llevar a una reiteración no beneficiosa de esos relatos. Por ejemplo, el terapeuta puede responder a la invitación a desempeñar el papel de alguien que es mejor que un padre supuestamente dañino, o liberar (por lo menos en la fantasía) sus propios sentimientos sádicos, ahora reflejados en la narración que hace su paciente de los comportamientos crueles de sus familiares.

Hay otras motivaciones que tienden a hacer que un terapeuta continúe en su trabajo pero comprometen la posibilidad de llegar a un resultado positivo. En el peor de los casos, el terapeuta debe tener conocimiento de estos aspectos de sí mismo; su persistencia o su excesiva fuerza pueden descalificarlo para la tarea. Sin embargo, no se requiere del terapeuta que esté más allá de las debilidades y los azares de su condición humana. La existencia de sus defectos —una vez reconocida— puede aprovecharse para obtener información sobre el curso del tratamiento; los hitos del desarrollo de la relación no deben ser desatendidos con ligereza.

Las observaciones anteriores no son más que sugerencias. Es adecuado que nos preocupemos por el “tipo de persona” que es el terapeuta y los motivos que lo llevan a sentir un profundo interés por pacientes como los descritos aquí. ¿Por qué una persona consagra sus esfuerzos a un trabajo que en muchos sentidos ofrece pocas recompensas, en términos de dinero, prestigio, progreso educacional o (en el sentido convencional) placer? ¿Busca el terapeuta simplemente un mayor conocimiento de sí mismo mediante su compromiso en la observación del paciente? ¿Abriga la esperanza de aliviar alguna antigua culpa originada en un supuesto —o conocido— delito contra su concepción de la humanidad? ¿Intenta repetidas veces corregir alguna incapacidad propia para

ser una persona comprensiva y amable descubriendo y demostrando esas cualidades en el consultorio?

Todas estas preguntas justifican una consideración más detenida del problema... pero no aquí. Es obvio que, para mejor o para peor, el terapeuta, según mis conocimientos, no es una “máquina de influir” o un “espejo” en cualquiera de los sentidos simples que se dan a estas palabras. Es a la vez un observador y un participante, del cual se requiere que sepa qué está haciendo, que acepte con humildad la humanidad y las limitaciones de su posición, que ayude a otro sin dañarlo, y que reconozca que cualquier cosa que haga (o no haga) tendrá consecuencias, a menudo nada fáciles de reparar.

Factores posiblemente relacionados con la cualidad de la “unicidad”

Hay varios factores que pueden contribuir a la cualidad especial de la relación terapéutica que hemos esbozado aquí. Algunas de estas influencias actúan en cualquier forma de psicoterapia, pero acá hemos limitado arbitrariamente nuestra atención al trabajo con pacientes esquizofrénicos. Aunque el desarrollo y los resultados del tratamiento dependerán en buena medida de las características de la personalidad de los participantes —con independencia de su designación como terapeuta o paciente esquizofrénico— concentraremos ahora nuestro interés en los factores mismos sin considerar su juego recíproco ni la significación de otros factores posibles.

La formación de los vínculos relacionales

Un requisito básico de cualquier organismo —como el hombre y otros mamíferos— es desarrollar en sus primeros años de vida un vínculo (por lo general con un adulto de su propia especie) que ayudará a su supervivencia¹⁰. El infante humano no sobrevivirá si su comportamiento no encuentra respuestas apropiadas, aliviadoras de tensión, de la persona que lo cría. Si las respuestas son adecuadas y se las recibe en el momento adecuado, las tensiones son reducidas y, mediante las transacciones recíprocas, se desarrollan pautas de “necesidades” que constituyen los puntos de partida de la capacidad de relación interpersonal. Hemos sugerido que las variaciones en este proceso de establecimiento de vínculos van desde las catástrofes caracterizadas por el aislamiento del niño del contacto humano y hacia la muerte (llamadas marasmos) hasta lo que a veces descuidadamente calificamos de “adaptabilidad” y “normalidad”. Reflejos intermedios de dificultades en la temprana formación de lazos de relación pueden hallarse en el autismo infantil, las psicosis

¹⁰ No es nuestra intención reseñar aquí los muchos estudios realizados sobre el apego que los niños de corta edad desarrollan hacia la persona encargada de su crianza.



infantiles y los fenómenos esquizofrénicos de la adolescencia ya descriptos. (Obsérvese que la palabra adolescencia se refiere más a una etapa evolutiva que a una edad cronológica. De este modo, una persona de 20 años o más puede continuar luchando con problemas que supuestamente se enfrentan en la segunda década de vida.)

La formación de lazos sociales tiene lugar más fácilmente en determinadas épocas del desarrollo llamadas “períodos críticos”. Esta expresión es definida por Scott y Fuller como “un momento especial de la vida en que una pequeña dosis de experiencia producirá un gran efecto sobre el comportamiento posterior”¹¹. Respecto del ser humano (afirma Scott), “Los datos de que disponemos actualmente indican que, mientras el período que va de las seis semanas a los seis meses es crítico para la formación y la determinación de las relaciones sociales, las edades posteriores también son críticas por el daño psicológico resultante de la ruptura de estas relaciones”¹².

Aunque en el hombre la época de la socialización primaria va de las primeras seis semanas a los seis meses, los períodos críticos no están tan claramente delineados o fijados como en los demás animales, con la consecuencia de que las modificaciones en la forma de relacionarse, teóricamente, pueden tener lugar a cualquier edad. Como ya hemos señalado, la adolescencia es potencialmente una época de aprendizaje rápido y alteración del comportamiento.

Respecto de este último punto, es significativo el siguiente comentario de Scott:

[...] en el período apropiado de la vida, un individuo establecerá vínculos con cualquier cosa, viviente o no, del ambiente circundante. [...] En animales como los perros y los seres humanos es probable que esta capacidad para formar vínculos nunca se pierda del todo en la vida adulta, sino que simplemente sea puesta en práctica de manera más lenta, por lo general debido a la interferencia de distintas pautas de conducta¹³.

En una reseña del comportamiento de formación de vínculos, Cairns observa que la investigación realizada hasta el momento “indica que los vínculos sociales pueden presentarse en ausencia de las condiciones asociadas que se consideraban fundamentales”¹⁴. Es decir, el vínculo puede establecerse a pesar de la ausencia de las siguientes condiciones: lactancia (como en la madre), inmadurez del sujeto (paciente), contacto físico entre sujeto y objeto, y carácter no punitivo del objeto (por ejemplo, la madre). En resumen, los vínculos sociales se forman en res-

¹¹ J. P. Scott y J. L. Fuller, *Genetics and the Social Behavior of the Dog* (Chicago y Londres, University of Chicago Press, 1965), pág. 117.

¹² J. P. Scott, “The Process of Primary Socialization in Canine and Human Infants”, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, serie Nº 85, vol. 28 Nº 1 (Yellow Springs, Ohio, Antioch Press, 1963), pág. 34.

¹³ Scott, *ibid.*, pág. 38.

¹⁴ R. B. Cairns, “Attachment Behavior of Mammals”, *Psychological Review*, 73:5 (1966), pág. 410.

puesta a la proximidad de una persona a otra y no dependen de la alimentación, el contacto físico, la edad o incluso la bondad entendida en el sentido habitual, aunque son facilitados por la reacción emocional consecuenta. Es particularmente interesante la observación de que los componentes desagradables y nocivos de la situación —elementos asociados por lo común al castigo— fortalecían el vínculo entre los participantes¹⁵.

Aunque el vínculo entre adultos puede considerarse deseable, por lo general resulta complicado por una variedad de ideas concernientes a su carácter y su propiedad en términos de la cultura. El vínculo es el resultado o la prueba de amor, interés sexual, dependencia no deseada, regresión o cualquier otra cosa. El paciente esquizofrénico (y otros) puede resistirse al contacto con el terapeuta, por temor a ser “tragado”, de que una vez establecida la dependencia nunca pueda ser “libre”, y de que el necesitar una relación sea prueba de “debilidad” e infantilismo.

Las siguientes observaciones de Bowlby son útiles en este sentido:

Que la conducta de apego en la vida adulta es una continuación directa de esa misma conducta en la infancia queda demostrado por las circunstancias que más fácilmente llevan al adulto a observarla. En estados de enfermedad y grandes dificultades, los adultos a menudo plantean demandas a los demás; en situaciones de peligros imprevistos o catástrofes, una persona casi con seguridad buscará la proximidad de otra persona conocida y que le merezca confianza. En tales circunstancias, todos consideran natural un acrecentamiento de la conducta de apego. Por lo tanto, es muy engañoso aplicar el epíteto de “regresiva” a toda manifestación de ese comportamiento en la vida adulta, como suele hacerse con tanta frecuencia en los trabajos psicoanalíticos, donde la palabra tiene una connotación patológica o, por lo menos, indeseable. Calificar de regresiva a la conducta de apego en la vida adulta es, por cierto, pasar por alto el papel vital que desempeña en la vida del hombre desde la cuna hasta la tumba¹⁶.

El ingrediente básico de una relación con finalidades terapéuticas es la formación de un vínculo que los participantes sientan como de alguna importancia para sus vidas respectivas. No nos referimos aquí a las relaciones que se desarrollan con rapidez, son de corta duración, y a pesar de ello parecen dar oportunidad para que se produzcan cambios duraderos en la personalidad de uno u otro de los participantes. Las relaciones de las que nos ocupamos eran de desarrollo lento, a menudo estaban amenazadas por una prematura disolución, repetidas veces se pensaba que no eran beneficiosas ni ofrecían promesas, se prolongaban durante dos años o más y dejaban una duradera impresión tanto en el paciente como en el terapeuta. La siguiente es una enumeración de los

¹⁵ *Ibid.*, pág. 414; véase también J. P. Scott, “Critical Periods in Behavioral development”, *Science*, 138:3544 (noviembre 30 de 1962), págs. 949-958.

¹⁶ J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. I. *Attachment* (Nueva York, Basic Books, 1969). [Hay versión castellana: *El vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós, 1976.]



elementos de estas relaciones, aunque quizá constituya una grosera simplificación de una cuestión compleja.

1. El paciente y el terapeuta se reunían repetidas veces. Las reuniones duraban alrededor de una hora (a veces más, si el paciente se sentía perturbado cuando estaba por finalizar la sesión) y se hacían cinco o seis veces por semana. Durante un año se realizaban alrededor de 200 sesiones. Aunque la terapia por lo común tenía lugar en el consultorio del terapeuta, había casos en que eso no era adecuado pues despertaba ansiedad en el paciente; entonces se las podía hacer en el cuarto de este último o en un hospital.
2. En la gran mayoría de estos encuentros había una considerable dosis de reacción emocional. La ansiedad, el temor, la agresividad, la desesperación, el negativismo e incluso el mutismo del paciente despertaban sentimientos en el terapeuta. Una de las características de estas sesiones era que el terapeuta se sentía sometido a una prueba. La necesidad de entrar en relación del paciente y su temor a la misma daban a los encuentros una tónica de acercamiento y alejamiento frente a la cual no era posible mantenerse impasible. El paciente a menudo depositaba escasa confianza en el terapeuta, y casi siempre había una amenaza para el mantenimiento de la relación, la que podía interrumpirse por abandono, muerte o hechos “exteriores”, como la intervención de miembros de la familia. De este modo, el trabajo con frecuencia era apasionante y tenía algo de aventura, como si se lo realizara en una atmósfera de gran peligro.
3. La relación en desarrollo no se formaba en una situación neutra o amistosa. Las personas a las que nos estamos refiriendo no buscaban ayuda voluntariamente y tenían pocas expectativas de extraer beneficios del tratamiento o de una relación humana. En cierto sentido, estaban obligadas a permanecer en un hospital, no por una obligación legal sino por la presión de sus familiares y cierto renacimiento de su fracaso social. Como consecuencia, el paciente solía quejarse de estar cautivo, y el terapeuta era acusado de ser antipático, inhumano y cruel, llegando él mismo a sentirse así. La terapia se desarrollaba sobre todo en una atmósfera de ansiedad y conflicto, a pesar de que luego se presentaban, con creciente frecuencia, períodos de reconocida confianza e intimidad.

Los vínculos recíprocos entre el paciente y el terapeuta se desarrollaban aun cuando no se alcanzaran los deseados resultados de una reconocida mejoría. Los ingredientes principales del vínculo eran las reuniones en que se lograba la proximidad, el despertar de la emoción y la tensión y el conflicto habitualmente experimentados como desagradables e indeseables.

Hallo sumamente satisfactorio reunirme con un paciente cinco o seis veces por semana y permanecer en cada sesión por lo menos durante una hora. Sin embargo, se trata de una preferencia personal, y la formación de los vínculos de una relación no forzosamente requiere dicha fre-

cuencia o duración. Quizá sea particularmente importante que el paciente y el terapeuta estén atrapados en una situación de la que no puedan escapar fácilmente. El paciente puede protestar por ser un prisionero, y el terapeuta siente a menudo que él también lo es, estando ligado no sólo por el interés y la obligación profesionales sino por una relación que crece sutilmente, que de alguna extraña manera es a veces una prisión y a veces un camino hacia la libertad.

Hay en esta confinada lucha algo semejante a la crueldad, que puede ser un factor que intensifique el vínculo. En todo esto hay también una repetición simbólica de hechos anteriores de la vida. El infante está ligado a la persona que lo cría por su necesidad de nutrición y su desamparo. En esta situación caracterizada por la ansiedad, él no puede escapar físicamente, sino sólo mediante el alejamiento emocional (como en la somnolencia) y más tarde mediante la manipulación de los símbolos y de la percepción. En la relación terapéutica posterior, de la que nos ocupamos aquí, escapar no es fácil, los niveles de ansiedad con frecuencia son altos y se hacen esfuerzos para evitar el alejamiento defensivo intensificando los sentimientos de frustración y conflicto. Por lo general, ambos participantes sienten que se hallan en una lucha, a veces agradable, pero siempre inolvidable. (Tal vez este sentimiento de gran cercanía a pesar de la lucha no sea completamente diferente de las emociones experimentadas por dos boxeadores que se abrazan con aprecio e incluso con ternura cuando ambos han sobrevivido al combate al que entraron voluntariamente aunque no sin temor.)

La intensidad del vínculo entre el paciente y el terapeuta, desarrollado (por lo menos al comienzo) en una atmósfera de gran ansiedad y en una situación de la que no es fácil escapar, puede asemejarse a la existente entre el bebé y la madre ansiosa. Esto último es sugerido por la observación de que los pacientes parecen estar ligados a las personas y situaciones hasta un punto que habitualmente se consideraría nocivo. A pesar de la ansiedad y la destructividad imperante en esas circunstancias, los pacientes —y otros— vuelven a ellas y hallan difícil, si no imposible, romper los vínculos que los atan a esas situaciones. En síntesis, el vínculo que ata más estrechamente ha incorporado lazos de ansiedad y crueldad, y componentes similares —reales o “de la transferencia”— pueden encontrarse en el tratamiento mismo.

La gama de respuestas emocionales

Hay relaciones que se mantienen durante largos períodos y son sentidas como de gran importancia para la propia vida, a pesar de que los encuentros de los participantes son breves, formalizados y estereotipados. Eso me sucedió con un empleado de una estación de servicio al cual visité una o dos veces por semana durante 20 años. Nuestros encuentros eran amistosos pero superficiales, referidos a los problemas de mi auto, y era poco lo que nos revelábamos el uno al otro. No nos hemos visto desde hace mucho tiempo, y no puedo decir que nos “conozcamos” en algún sentido personal. No estoy seguro de que gustaría de él si lo conociera más, y no siento un verdadero deseo de que nos volvámos a



encontrar. No obstante, guardo un buen recuerdo de este hombre, y lo considero un amigo, lo cual no es precisamente real. Digamos que estoy “vinculado” a él; él es significativo en mi vida.

En contraste con la relación con el hombre del garajé, la relación con un paciente es notable tanto por la intensidad como por la gama de las emociones llevadas a la conciencia durante el período de trabajo. En algunos casos estas emociones son sentidas profundamente y no puede tratárselas con una actitud de frío desapasionamiento. Sin un mínimo de sentimiento, no es probable que el vínculo terapéutico —humano— sea fuerte.

Volvamos ahora a las observaciones de Jane referidas al comienzo de este trabajo. Jane había dicho que mi esposa y yo parecíamos estar muy cerca el uno del otro y se sintió sorprendida cuando Gwen expresó la idea de que Jane y yo hablábamos de un modo que parecía extrañamente personal y diferente. ¿En qué reside esta “diferencia”? Para decirlo simplemente, mi esposa y yo nos queremos, gozamos de nuestros hijos y compartimos nuestras vidas de buena gana y sin pesar. Tenemos diferencias, podemos lastimarnos, a veces enojarnos, conocemos la ternura y no nos hacemos muchas ilusiones de ser modelos adecuados para que emulen otros.

No obstante, el hogar —con un poco de suerte— no es exactamente igual al hospital. Mi esposa expresó confianza y fe en mí desde nuestros primeros encuentros; pareció que, del hecho de estar juntos, podrían derivarse cosas buenas, antes que malas. No me aplicó una y otra vez calificativos obscenos; no me atacó físicamente ni trató seriamente de matarme; no cayó en estados de mutismo, yaciendo en el piso en estado de incontinencia, haciendo sus necesidades sobre su propio cuerpo; no cambió rápidamente de un estado de humor a otro sin causa manifiesta, y su comportamiento nunca fue tan imprevisible como para que yo no pudiera saber qué iba a ocurrir en el momento siguiente; no me amenazó repetidas veces con abandonarme y matarse; no me ignoró, ni se burló de mí ante otros, ni se escapó sin darme explicaciones; no me pintó como una asombrosa repetición de algún familiar ni como una figura de alguna fantasmagoría o alucinación, ni tampoco consideró que la engañaba o que complotaba con otros para destruirla.

Sin embargo, todas estas cosas —y otras más— eran características de mi relación con Jane. Me alegra haberme ahorrado esas tempestades en el hogar, aunque sé que pueden ocurrir tanto como en cualquier otra parte. Si mi esposa me hubiera tratado de esa manera en los primeros tiempos de nuestra vida en común, pienso que habríamos seguido caminos diferentes. Con Jane, no obstante, debía enfrentar todo este comportamiento y tratar de comprenderlo en relación con el presente y con lo sucedido antes. Jane a menudo me llamó cruel y se calificó a sí misma de cruel y destructiva. A veces yo mismo me sentí cruel y quise salir de una situación en que me sentía más un carcelero que un médico. Pero no me fui y, a pesar de sus protestas, Jane también se quedó. Ninguno de nosotros pudo irse; llegamos a sentirnos recíprocamente ligados. Pero esta vinculación no podía continuar —como ocurre en algunas familias— a lo largo de años de destrucción mutua, mantenida por una sutil adap-

tación de necesidades patológicas y terminando o hundiéndose en el agotamiento, la muerte o el desaliento y el retiro en la apatía. Una vez formados, los vínculos deben ser comprendidos, aflojados y modificados con el fin de lograr la separación. En el comienzo de nuestro trabajo, Jane lo dijo simplemente: “Creo que vamos a ser responsables el uno por el otro... quizá para siempre. A veces pienso que usted me matará, o que yo lo mataré. O quizá mejoraré... y si lo hago, usted también cambiará”. Ella mejoró, y como ocurre siempre, creo, yo salí cambiado de esta experiencia.

No trataré aquí de enumerar los detalles de los cambios sufridos por mí o por la paciente. Trataré más bien de describir algo del carácter de la relación que es experimentada como única y que es un factor, pienso, que lleva a producir cambios en los participantes. Aunque yo mismo me analizaba en la época de esta última experiencia, descubrí “dentro de mí mismo” —como suele decirse— aspectos antes no reconocidos de ira, temor, ternura y afecto. Llegué a comprender más claramente que a menudo quiero escapar de la influencia de la ansiedad y el comportamiento psicótico de otra persona, y que así podría tratar de negar u ocultar esta tendencia en perjuicio de mi paciente y de sus necesidades terapéuticas. Encontré aspectos míos reflejados en su conducta, y a veces comprenderlo me resultaba casi intolerable. La frase de Sullivan “Todos somos, más que cualquier otra cosa, simplemente humanos” adquirió un gran significado para mí, y así estuve más dispuesto a aceptar mis limitaciones sin necesidad de recurrir a la negación, el temor o la vergüenza. También aprendí hasta qué punto podría llegar a resistirme al cambio personal, como lo hacía mi paciente, y cuánto puedo temer la separación de las personas, de los objetos y de mis características personales. Confío en que estas observaciones no parezcan aleatoriamente sentimentales. No tienen esa finalidad. Aunque el terapeuta experimente cambios personales en su tarea, se requiere de él que los soporte y concentre su atención en el objetivo principal: facilitar la maduración de su paciente. No tiene libertad para caer en innecesarias preocupaciones acerca de sí mismo o en un interés narcisista por sus propias necesidades y las complejidades de su personalidad. Supongo que en algunos sentidos lo mismo puede decirse de un padre que es, en una medida considerable, responsable por el crecimiento de su hijo, y sin embargo crece a su vez al vivir con ese niño.

Pienso que la manifestación de una amplia gama de emociones —ira, temor, repulsión, disgusto, ternura, lujuria, compasión, etc.— en una situación con límites fijados, donde se soporta la frustración y se busca la comprensión, sirve para intensificar y fortalecer los vínculos de la relación. Aunque decimos que estas emociones fuertes a menudo son experimentadas como “reales” y no asumidas, ellas se presentan en una situación especial, que tiene finalidades terapéuticas, y no se las acoge descuidadamente para lograr algún supuesto efecto “catártico” beneficioso. A pesar de las palabras usadas, los contactos terapéuticos no son en sí mismos divertidos o dramáticos; son un duro trabajo destinado a liberar a la persona de su pesadilla pasada y llevar a la futura separación de los participantes. No sucede lo mismo con la propia esposa, por ejem-



plo. Yo soy una persona egoísta. Confío en que yo y mi esposa seremos beneficiados por nuestra relación, pero en ella buscamos placer, así como maduración, y su objetivo no es llegar a nuestra separación, salvo debido a nuestros errores o al fin de la vida misma.

Aquí puede plantearse una vez más la pregunta respecto de qué puede haber en el pasado de un terapeuta que lo lleve a interesarse por su trabajo, y persistir en él. Muchas personas no quisieran tener nada que ver con esa tarea. Dudo que alguien se dedique a ser psicoterapeuta de esquizofrénicos y continúe en ello sin haber tenido conciencia de angustias en su temprana vida familiar y sin haber vivido estados de intensa ansiedad en su relación con los demás. Con frecuencia se tiene la necesidad de encontrar en los demás una mayor comprensión de sí mismo, y el modo de vida esquizofrénico es una asombrosa caricatura de la complejidad del deseo de relación y del temor a ella que vive el hombre, de su bondad y su maldad, de su capacidad creadora y su destructividad, de su libertad del control de los instintos y su sometimiento a la educación y el aprendizaje, y de su poder para formar y usar símbolos que lo pueden llevar a su fin como a su supervivencia.

A veces un terapeuta puede parecer llevado a “curar” a su paciente, como si su propia supervivencia dependiera de producir un cambio en alguna otra persona y de “dar un sentido” a una escena tumultuosa y confusa. Esta motivación puede surgir en un niño que crece junto a un progenitor —probablemente la madre— ansioso y perturbado, y cuya inquietud se siente llevado a reducir para asegurar la supervivencia de ambos. Es tarea del terapeuta conocerse a sí mismo, por lo menos en una medida que le permita no imponer a su paciente necesidades que deben ser comprendidas y enfrentadas en otra parte; por ejemplo, en su tratamiento personal y en la consulta constante respecto de su trabajo.

La forma de contacto

Los terapeutas aplican diversos métodos en la práctica, pero, en el caso de pacientes que a veces sufren graves perturbaciones, las sutilezas analíticas no siempre pueden mantenerse, ni deben ser mantenidas. En esas situaciones a menudo puede ponerse en juego una gama más amplia de contactos que la que se encuentra en la situación habitual de consultorio. Haremos ahora una breve referencia a algunas de ellas.

El sonido

La gama de sonidos que actúa en este tipo de trabajo es más amplia que la de la psicoterapia convencional. Si el encuentro con el paciente se realiza en su cuarto de hospital, no se usarán elementos a prueba de ruidos para eliminar los sonidos circundantes, y el mundo del paciente en la institución se convertirá en buena medida en parte del tratamiento, a menudo con resultados beneficiosos. Puede haber períodos de mutismo que contrasten con el gritar de otros momentos. El mismo terapeuta no

siempre hablará en tonos cuidadosamente modulados, sino que a veces se encontrará gritando a su paciente en un esfuerzo por desbaratar algún estallido psicótico.

El tacto

Con excepción de la formalidad de un apretón de manos ocasional, entre el terapeuta y el paciente analítico hay poco contacto corporal, cuando hay alguno. Sé que ese tipo de contacto es empleado por terapeutas que propugnan la conveniencia de masajear al paciente, tomarlo entre los brazos, darle la mamadera en estados de regresión, etc. Un terapeuta debe trabajar de acuerdo a una teoría a la que encuentre sentido manteniéndose dentro de los límites de lo que es apropiado para él como persona y potencialmente beneficioso para su paciente. No está dentro de mi estilo proponer el contacto corporal como algo en sí mismo curativo. No obstante, de buena gana no retrocedo ante tales contactos cuando su expresión es espontánea y su rechazo puede ser experimentado como un agravio.

Por ejemplo, una paciente deja de pronto de caminar por el cuarto, se sienta sobre mis rodillas y me abraza llorando; todo esto después de que yo he hecho comentarios sobre su aislamiento y la gran distancia que parece separarnos. Pongo mis brazos en torno de ella y permanecemos un rato sentados en silencio, hasta que se desliza hasta el suelo junto a mí y me habla de su soledad. A veces me siento al lado de una paciente muda y catatónica y le paso mi mano por su espalda hasta que relaja la rigidez de sus músculos y puede estar más cómoda. Con frecuencia me ha llamado la atención la búsqueda de contacto corporal disfrazada de ataque. De esta manera, un paciente me golpea y luego se aferra por un momento a mí antes de retirar sus manos. El uso de envolturas de sábanas mojadas, baños de inmersión, masajes y duchas son modos útiles de proporcionar a la piel una estimulación sumamente necesaria para muchos que han experimentado pocas veces esos contactos reconfortantes desde la infancia, si es que entonces los experimentaron¹⁷.

La visión

El paciente esquizofrénico ansioso no sólo teme la relación a la que se lo invita, sino también su pérdida. Aunque es probable que esas personas vuelvan la cabeza y escondan la cara, necesitan mirar a veces al terapeuta para asegurarse de que el “objeto” no está abandonándolas. El contacto visual frecuente con el terapeuta y los elementos del consultorio es necesario para la orientación y para la formación de una gestalt o imagen tranquilizadora y permanente en la que el paciente encuentre un lugar para él mismo. Mirar el techo o una pared desde la

¹⁷ Sobre el tema puede consultarse, por ejemplo, L. K. Frank, “Tactile Communication”, *Genetic Psychology Monographs*, 56 (noviembre de 1957), págs. 211-255; H. F. Harlow, “The Nature of Love”, *The American Psychologist*, 13 (1958), págs. 673-685.



perspectiva que ofrece el diván no es suficiente, y el compartir y explorar con el terapeuta una amplia gama de pautas visuales y de otro tipo puede convertirse en una útil repetición simbólica de experiencias de épocas anteriores del desarrollo.

El movimiento

En estas técnicas de tratamiento se realizan más movimientos que en las de carácter más formal. El paciente puede sentirse muy inquieto como para permanecer sentado, y así moverse dentro del cuarto; a veces el paciente y el terapeuta pueden caminar juntos. Estas experiencias agregan una nueva dimensión a la experiencia terapéutica: la sensación cinestésica. La persona que se ha enajenado de sí misma puede obtener una mayor conciencia de la unidad de su existencia mientras siente que el movimiento de su cuerpo en actividad es compartido por otro.

El olor

Los olores que se encuentran en el consultorio de un terapeuta no son muy diversos, y pronto nos acostumbramos a esta falta de variedad. La gama de recursos puede acrecentarse en gran medida cuando trabajamos con un paciente perturbado que defeca, se orina y se alimenta en la misma situación, de modos que pueden resultar desconcertantes, aunque reveladores.

Las formas de contacto a las que hemos hecho referencia brevemente aquí son más comunes en la lactancia y la infancia que en la vida adulta posterior. Tendemos a “dejar atrás” y limitar estas expresiones, pero no debemos olvidar sus aspectos comunicativos y nuestra necesidad, a menudo apenas oculta, de un renovado contacto con ellas. Pueden ser elementos poderosos que nos lleven a recordar nuestro pasado —como hijos y padres—, y el compartirlos puede intensificar enormemente el vínculo de la relación.

En la terapia de consultorio más convencional, estos contactos están limitados o eliminados para cumplir con requisitos sociales y facilitar la introspección y la rememoración. Esas limitaciones pueden no resultar factibles —ni convenientes— en el caso de algunos pacientes, y deben hallarse modos de utilizar los comportamientos que se presentan. Aunque no tengo gran simpatía por el despreocupado descuido de las convenciones —sociales y profesionales— considero necesario que el terapeuta sea plenamente consciente de cualquier alejamiento personal, ansioso, de expresiones de la capacidad de relación humana tales como las que hemos reseñado brevemente. Esas aversiones pueden cerrar o dejar sin descubrir los únicos caminos que restan para las esperanzas cada vez menores de otra persona.

La transferencia

Es característico de la persona esquizofrénica atribuir a las personas que se asocian con ella actitudes derivadas de su propio pasado, sin corregirlas mediante una observación detenida de lo que está ocu-

riendo en la realidad del presente. Esas distorsiones perceptuales —fenómenos de transferencia— a menudo cumplen una función protectora, pues las figuras del presente son vistas en términos de peligros pasados y conocidos y así anuladas en tanto fuentes potenciales de daño. Por supuesto, la dificultad consecuente radica en que la persona que se ha vuelto tan sensible al más débil anuncio de peligro puede atacar o huir tan rápidamente como para no ver nunca que la amenaza era mínima o inexistente.

El terapeuta puede ser visto bajo muchas máscaras, por lo general más temibles que benignas. Es tratado como si fuera un hombre violento, un libertino seductor, una corporización del mal, o a veces como una buena persona con más virtudes de las que realmente tiene. Las distorsiones de la transferencia pueden presentarse con tal intensidad y convicción como para parecer reales y, sometido a constantes ataques, el terapeuta puede sentirse sacado de sí mismo y resultar difícil distinguir claramente entre lo que es y lo que se supone que es.

El terapeuta mismo se convierte en un objeto de este proceso de distribución de máscaras. Es decir, es buscado para determinar qué es lo que suena a verdadero y lo que suena a falso. De este modo, está comprometido más plena y despiadadamente que en otras relaciones terapéuticas, ya que en ella se revelará tanto su yo “real” como su yo “transferencial”. La coherencia del terapeuta durante un largo período no ha de consistir en “ser el mismo” de una sesión a otra, sino en serlo “todo” en cada sesión; es decir, él es uno en la acción, el sentimiento, el pensamiento y el habla, sin emitir el tipo de “mensajes mezclados” que confunden al receptor hasta el punto de que lo sentido como odio es llamado amor, la distancia, proximidad, y la orden de ser libre deja a quien la oye enfrentado con la necesidad de resolver un mandato contradictorio.

A menudo las tareas terapéuticas no son realizadas a la perfección. El terapeuta no siempre suena a verdadero; en algunos casos emitirá mensajes mezclados, y puede enredar a un paciente en una trama de lazos ambiguos, como con frecuencia le ocurre a él mismo. Durante los largos tratamientos necesarios en algunos casos, la manifestación de las capacidades del terapeuta será variable, siendo más competente en algunas ocasiones que en otras. En todo esto se revelará a sí mismo, no sólo como terapeuta profesional, sino cada vez más claramente como la persona que es.

En la “vida real” puede no haber una gran lucha con el mantenimiento de las ilusiones. El amor, del que en momentos frívolos (o aun serios) se ha dicho que hace girar al mundo, por lo general se ha sustentado y mantenido de la ilusión. En terapia, empero, a la ilusión hay que ponerla de manifiesto, prestarle sus debidos respetos, y dejarla de lado. Esta tentativa de renunciar a la ilusión y descubrir qué “es” (aun con el reconocimiento de que la realidad misma no es fácil de definir), con el tiempo es compartida por paciente y terapeuta. El esfuerzo por hallar y conocer la “verdad” es la base de un respeto mutuo, aun cuando la meta nunca sea alcanzada.

El vínculo relacional se forma y se fortalece en esta búsqueda. Al terapeuta no se lo despoja simplemente de los adornos de la transferencia



para llegar a revelarlo como inexistente. Antes bien, él surge como una persona, a la que se le reconocen sus fuerzas y sus debilidades. En los comienzos de la relación, los participantes pueden considerar recíprocamente como “objetos” más que como personas, y esta tendencia es reforzada por la presencia de la ansiedad. Uno puede resultar despersonalizado en tanto “esquizofrénico” y el otro en tanto “médico de locos”. A medida que el terapeuta busca la persona en el paciente, él mismo es explorado, atacado, manipulado, investigado y aparentemente despedazado en una búsqueda de incoherencias, incongruencias e imperfecciones. Esa búsqueda —si es soportada— llevará a la transformación del objeto en persona, y a la formación de la fe y la confianza que permitirá la separación final sin perturbaciones inconvenientes. El vínculo entre los participantes es fortalecido en este proceso de transmutación.

En conclusión

Se dice a veces que la relación terapéutica tiene algo de la ansiedad. Un amigo puede escuchar, simpatizar, aconsejar, tranquilizar, comprender, confortar, tolerar y hasta cierto punto mostrarse así mismo. No obstante, a su vez aspira a recibir simpatía, comprensión, etc., y la búsqueda de esas satisfacciones lo llevará a ignorar algunos aspectos de la relación o imaginar otros que no existen. La meta de la amistad y el amor —en la mayoría de los casos, por lo menos— no es el cambio, el crecimiento y la separación. El amigo y el amante a menudo quieren conservar al otro “tal como es”, quizá con la esperanza de que al hacerlo evitarán las consecuencias del paso del tiempo.

Por el contrario, el terapeuta (como el padre y el maestro) busca en parte la satisfacción de sus necesidades mediante la facilitación del crecimiento del otro, y el logro de esa meta conduce al cambio y a la separación. El terapeuta adquiere una tolerancia que no es fácil conservar; comprometido, es desapasionado; solo, es cercano; experto y experimentado, acepta las limitaciones de estas palabras; ante el cambio es constante, y al tratar de moldear a otro, es en cierta medida moldeado. Su experiencia, entrenamiento y técnica se convierten en parte de él mismo, no existiendo entonces una gran separación entre lo personal y lo profesional. Es esta combinación de personalidad, experiencia y preparación la que se presenta al paciente para que la investigue, manipule y contemple, actividades mediante las cuales puede acrecentar el conocimiento de sí mismo y su propia maduración.

El terapeuta no es un “objeto”, un amigo, un amante, una figura de la transferencia, un maestro o cualquier otra cosa; no es tampoco una combinación de todas estas cosas, aunque su persona puede dar aparentemente un soporte transitorio a estas representaciones en distintas situaciones. No es algo semejante a otra cosa; es un terapeuta, y aunque la relación con él refleja muchos aspectos de la vida, es en sí misma única.

CAPÍTULO II

LA PROMESA DEL PSICOANÁLISIS

Harry Guntrip

¿Qué es la vida? Cualquier respuesta es difícil de formular, pues estamos tan inextricablemente ligados a la trama de la vida que no podemos encontrar respuesta mediante nuestros ojos separados. Es más fácil decir qué no es vida. Sin duda, vida no es vivir como un millonario oculto y solitario, un nacionalista lleno de odio o un racista sediento de poder. Tampoco es ser un vanguardista eternamente insatisfecho que busca el cambio por el cambio mismo, o un tenso ejecutivo camino hacia una trombosis coronaria. Y vida no es ignorar los males sociales y las necesidades insatisfechas de la comunidad y el mundo mientras se protege el lujo de oasis privados.

Lo que *es* vida se encuentra en el impulso a desarrollar nuestras capacidades creativas para el amor y el trabajo, con y para cada uno de los demás. Esto surge como respuesta humana a la seguridad y valoración genuinas que otros nos han proporcionado y que nos permite transmitir a otros estas condiciones sin precio para una vida gozable y plena de sentido. Un psicoanalista debe ser alguien capaz de usar su entrenamiento, experiencia y humanidad para realizar esta tarea en beneficio de quienes se hallan más necesitados, siendo su verdadera recompensa crecer junto con los pacientes. Eso es lo que, de diversas maneras, es vida para todos nosotros.

De modo bastante asombroso, esta idea no tiene una aceptación general en el campo de la psicoterapia, un factor que contribuye a las dudas y cuestionamientos contemporáneos que limitan el status y la gravitación del psicoanálisis.

Una carta reciente recibida de los Estados Unidos dice: “El psicoanálisis está en declinación, pues cada día son menos los psicoanalistas y los pacientes dedicados a la tarea”. Esta es una representativa nota necrológica sobre la muerte del psicoanálisis que por lo común suele atribuirse a su falta de relevancia, sus costosas demandas en términos de dinero y tiempo y sus fracasos, supuestamente frecuentes. En este ensayo quiero examinar el pesimismo que caracteriza esta posición y también oponerle el siguiente punto de vista: un psicoanálisis estrechamente vinculado con las necesidades de la vida cotidiana, que penetre hasta las profundidades de los sufrimientos humanos, nada tiene que temer del futuro, y sin duda florecerá.

Esta terapia, de hecho, se ha vuelto indispensable no sólo para los individuos que la necesitan personalmente, sino también por su aporte



a las profesiones que se ocupan del destino de los seres humanos en sus luchas por mantenerse como personas capaces de vivir en situaciones críticas. No obstante, el psicoanálisis captará la atención del público sólo en la medida en que hable verdaderamente de la condición humana, y en la medida en que la gente comprenda que el psicoanalista no debe ser sólo un profesional con una teoría –un psicotécnico–, sino un ser humano con una creciente experiencia de comprensión, capaz de ayudar a los demás en sus luchas por ser verdaderas personas que llevan vidas plenas de sentido junto con sus congéneres.

Este tipo de psicoanálisis ha estado formándose, pero aún requiere una cierta evolución en la teoría y en la práctica, una evolución que estaba concretamente implícita en la obra del propio Freud. Pues al comenzar como un médico que trataba de curar una enfermedad, Freud inició un proceso que hoy está llevando al psicoanálisis mucho más allá del estrecho modelo médico de un doctor que trata a un paciente con la finalidad de lograr una relación en la cual ambos participantes exploren juntos el significado y el valor de la vida. (El interés casi compulsivo de Freud por la religión y la cultura no era el síntoma de una inclinación simplemente especulativa sino el desarrollo inevitable de su investigación de la vida humana, sus misterios y consecuencias últimas.)

Estos temas ocuparon un lugar central en mi propia formación como analista. Partí de una educación filosófica y teológica muy completa, que no hubiera querido perder, pero entonces decidí dejar de lado esos temas hasta tener un conocimiento más adecuado de la “naturaleza humana”, de lo que significa ser una “persona” con curiosidad intelectual, valores morales, y la aspiración espiritual a que la vida sea algo pleno de sentido. En consecuencia, estudié con el profesor J. C. Flugel, uno de los más destacados psicoanalistas de Inglaterra, y con el profesor J. Macmurray, un inteligente filósofo dedicado al estudio de las “relaciones personales”. Durante toda la década de 1930 sentí la tensión entre estas dos perspectivas. El psicoanálisis investigaba dentro del enfoque adecuado para el estudio de la personalidad, pero cargaba con el peso de una tendencia fiscalista (instintivista); Macmurray se había librado de esa carga, pero carecía de la captación dinámica que podía proporcionar el psicoanálisis.

He tratado de unir estas dos corrientes de pensamiento, pues cuanto más ahondaba en la psicoterapia más sentía que la teoría freudiana clásica era insuficiente para comprender aspectos del sufrimiento humano que calaban mucho más profundo que las vicisitudes de los impulsos instintivos y los fenómenos directamente edípicos. En los años de posguerra me familiaricé con los trabajos de Sullivan, Horney y Fromm, que ampliaron enormemente mi perspectiva. Poco después, la obra de Fairbairn amplió aun más mi concepción del psicoanálisis y comprendí que éste podía desarrollarse, no como una psicobiología mecanicista de fines del siglo XIX y principios del XX que se ocupaba de los dos impulsos poderosos y turbulentos del sexo y la agresión, sino como un estudio plenamente psicológico de los profundos problemas intrapsíquicos e interpersonales de los seres humanos que viven juntos.

Freud mismo preparó los cimientos para esta evolución cuando de-

finió el psicoanálisis sobre todo en términos de transferencia y resistencia al escribir: “Con independencia de su orientación, cualquier línea de investigación que reconozca los fenómenos de la transferencia y la resistencia, y los tome como puntos de partida de su trabajo, puede llamarse psicoanálisis, aunque arribe a resultados muy diferentes de aquellos a los que yo arribo” (*Historia del movimiento psicoanalítico*, 1914); de este modo, su modelo del hombre con el tiempo dejó de ser el de una máquina biológica para convertirse en el de una persona comprometida en su relación con los demás y consigo misma. No obstante, la perspectiva intelectual y la filosofía de la ciencia de la época de Freud no hacía posible la formulación de una ciencia cabalmente psicodinámica; contrariamente a lo que creen Jones, Kris y Erikson, no creo que Freud haya resuelto el conflicto entre los conceptos fisicista y psicológico de su pensamiento. De hecho, este conflicto aún persiste en el pensamiento de muchos de sus discípulos y está presente en la descripción del psicoanálisis que hizo Anna Freud como disciplina que se ocupa de la lucha del hombre consigo mismo (es decir, el ello biológico contra el yo mental).

Esta concepción, sin embargo, está cambiando ya en el psicoanálisis contemporáneo, que destaca la lucha del hombre por *ser* él mismo. Es probable que ahora se argumente que ésa no es tarea de la ciencia. ¿Por qué no? La ciencia es conocimiento, todo conocimiento, y la verdadera pregunta no es: “¿El psicoanálisis es una ciencia?”, sino “¿Qué clase de ciencia es el psicoanálisis?”

Los puntos de vista de muchos científicos han cambiado desde la época de Freud, cuando la afirmación de Brucke de que “en el organismo no hay otras energías que las físicas y las químicas” no le daba un fundamento para la creación de aquello a que lo llevaba su propio genio: una ciencia cabalmente psicodinámica que diera por sentados los substratos fisiológicos del hombre y consagrara sus energías al estudio de las relaciones interpersonales. Esta ciencia debe concentrarse en la experiencia que tenemos de nosotros mismos como personas que surgen del campo social, partiendo de la relación crucial madre-hijo. Aún hoy, la teoría freudiana supone una visión demasiado limitada y pesimista de la naturaleza humana, al igual que las concepciones expresadas tan claramente por San Pablo y Platón (puntos de vista que aún son importantes, pues afectan al modo en que tratamos el sexo, la agresión y la violencia sexual). Los conceptos de yo y ello de Freud son paralelos a los de “Ley del espíritu” y “Leyes de los miembros” de San Pablo, según los cuales los anhelos de la carne “no están sujetos a la ley [...] ni, por cierto, pueden estarlo”. De este modo, Freud creía que los hombres son hostiles a la cultura pues ésta demanda la renuncia a los impulsos instintivos. Pero la hipótesis de que un relajamiento de la moral sexual en la sociedad disminuiría el vigor del hombre moderno ha sido manifiestamente rechazada.

El pronóstico freudiano de que las posibilidades del psicoanálisis son limitadas cuando el factor cuantitativo de la fuerza instintiva es mayor que los esfuerzos del yo también es semejante a la concepción platónica de la naturaleza humana. Empleando la metáfora de un carro para describir la personalidad, Platón imaginaba un auriga de la razón



que empleaba un caballo valiente y brioso (agresivo) para contener otro caballo, la bestia de las pasiones. En *La república*, Glauco y Adeimanto anticipan a Freud al sostener que los hombres son violentos e inmorales por naturaleza; Sócrates responde con un análisis social del Estado justo gobernado por filósofos que renuncian a las ventajas personales (es decir, subliman sus instintos) y que tienen bajo sus órdenes a los soldados (la agresión) para asegurar que los trabajadores (sus instintos no sublimados) se mantengan en estado de obediencia: un modelo para el estado totalitario.

¿Qué llevó a hombres de la estatura intelectual y personal de Platón, San Pablo y Freud a adoptar esta desesperanzada concepción de la naturaleza humana? En buena medida, fue el poderoso supuesto teórico —que parece verdadero en la superficie— de que la naturaleza humana es dualista, la imposición de una mente espiritual-intelectual sobre un cuerpo impersonal, animal, apasionado; para Freud, esto se traduce a un yo, con razón científica, que lucha, y las más de las veces fracasa, por dominar la agitación del ello biológico. La cita que hace Erikson de la analogía del Centauro, con cúspide humana y base ecuestre, se halla dentro del mismo espíritu; sin embargo, ésta es una concepción del proceso evolutivo humano tan imposible como el esquema religioso tradicional según el cual el hombre nació en el pecado y se formó en la iniquidad, condenado por la herencia biológica a ser lascivo y destructor. Son tantas las personas educadas que todavía se aferran en general a esta concepción que es necesario decir que las ciencias naturales han superado este crudo materialismo y que el psicoanálisis contemporáneo también está superando el dualismo pesimista del yo y el ello.

No obstante, esto no quiere decir que no puedan considerarse determinados fenómenos desde perspectivas diferentes. Desde ese punto de vista, Bronowski sostiene que, puesto que el hombre es al mismo tiempo una máquina orgánica y un yo, hay tipos cualitativamente diferentes de conocimiento: el conocimiento de la máquina, que constituye las ciencias físicas, y el conocimiento del yo, que constituye la ciencia psicodinámica. Volviendo, entonces, al problema de qué tipo de ciencia es el psicoanálisis, podemos considerar con provecho la descripción que presenta Medawar del método científico y de la estructura jerárquica del conocimiento. Compara el conocimiento con un edificio con una planta baja y una serie de pisos o hileras que se elevan por encima de ella. La planta baja es la física y la química, los pisos sucesivos que se elevan por encima de ella son la fisiología, la neurología y la biología, luego la sociología. Medawar no agrega la psicología como el piso más alto, pero debemos remediar la omisión del estudio de la “mente personal” como el fenómeno más alto que conocemos, aquel sin el cual toda la ciencia y la cultura, y el mismo Medawar, no existirían.

En *Induction and Intuition in Scientific Thought*, Medawar escribe que: “En cada nivel o piso de la jerarquía parecen emerger nuevas ideas que son inexplicables con el lenguaje o los recursos conceptuales del piso inferior. No podemos ‘interpretar’ la sociología en términos de la biología, ni la biología en términos de la física”, ni tampoco, podemos agregar, la psicología en términos de cualquier ciencia de los pisos infe-

riores. De haber encontrado a su disposición esta concepción de la teoría científica, digamos en la década de 1920, Freud habría podido desarrollar su enfoque de la psicología del yo no como un estudio de los aparatos para el control de los instintos, sino de personas completas en relaciones intensamente personales. De este modo, no habría concebido el sexo como una máquina que amenaza con quedar fuera de control, sino como uno de los “apetitos” o necesidades corporales que, como el hambre, la sed, la excreción, la respiración y el sueño, se hallan en primer lugar al servicio de la supervivencia biológica. Y a la agresión no la hubiera visto como un volcán innato al que es necesario tapar, sino como una reacción ante la amenaza, sobre todo ante la amenaza física a la integridad de nuestra personalidad. (Naturalmente, la *capacidad* para responder a la amenaza de un modo agresivo es innata, pero eso no equivale a sostener que el hombre tiene incorporado un depósito de violencia gratuita.) La agresividad antisocial humana debería verse entonces como un producto secundario de temores y frustraciones intensas, lo que daría lugar a una concepción del hombre más afirmativa que el pesimismo de la teoría freudiana clásica.

En esta situación correspondió a Erich Fromm, un psicólogo social formado dentro del psicoanálisis clásico, hacer, en las décadas de 1930 y 1940, las más penetrantes críticas a la teoría de los instintos con el fin de ampliar los alcances del psicoanálisis. Por ejemplo, reinterpretó el complejo de Edipo dentro de un contexto mucho más amplio. Reconociendo el descubrimiento de Freud respecto de la importancia central de las relaciones del niño con los padres como determinantes principales del desarrollo de la personalidad, Fromm no se limitó a considerar los vínculos sexuales del individuo con sus padres como el problema fundamental de la vida. Aunque el surgimiento de la atracción sexual entre padres e hijos es real y puede dar lugar a conflictos neuróticos, Fromm observó que no es el aspecto esencial de las relaciones entre unos y otros. Antes bien, el problema básico surge cuando los padres inhiben el desarrollo de los hijos y frustran su crecimiento hasta el punto de que el niño es incapaz de pararse sobre sus propios pies; éste es el conflicto entre permanecer pasivamente dependiente de los padres y otras autoridades o buscar la independencia y la autenticidad. Fromm consideró que no son los vínculos sexuales, sino la tensión entre el deseo de lograr la seguridad mediante la sumisión por una parte y enfrentar la ansiedad para alcanzar la autonomía por la otra, los elementos de la lucha central por conservarse a sí mismo como una persona intacta, en especial cuando no se experimentan relaciones auténticas o que afirmen a la persona en el curso del crecimiento.

Como consecuencia de esa ampliación de la perspectiva, el psicoanálisis tiene hoy una imagen mucho más clara de cuán profundamente la atmósfera cotidiana de la vida familiar modela la estabilidad y visión de la vida del niño. Este hecho tiene importantes consecuencias para las metas del psicoanálisis. Por supuesto, quienes sólo desean controlar síntomas o volver al paciente a un nivel de funcionamiento anterior a la crisis pueden extraer beneficios de tratamientos psiquiátricos tales como el shock eléctrico o las drogas, que hacen más manejables las perturba-



ciones mentales. Pero ello no conduce a una maduración creadora de la personalidad. (Después del shock eléctrico, un paciente se sentía aliviado porque su depresión había desaparecido, pero se quejaba de que su personalidad se había vuelto “automática”.) Sin embargo, cuando el psicoanálisis se consagra a la tarea de liberar a la persona de los traumas emocionales del pasado y a desarrollar su capacidad creadora, entonces el trabajo y la relación analíticas deben tener como finalidad reparar el daño producido por las relaciones defectuosas del pasado, día tras día, a menudo desde el comienzo.

Para dar un ejemplo, uno de mis pacientes inició un prolongado tratamiento cuando comenzaba a desempeñarse en su profesión, luego dejó de trabajar, estuvo enfermo, agotado y dormía mal, despertándose periódicamente y dando gritos. Tenía una madre psicótica que literalmente lo había aterrorizado durante su infancia. Aunque ya había muerto, estaba junto a él en sus pesadillas. A medida que se desarrolló el análisis, este hombre se sintió mejor y rápidamente llegó a ocupar una posición destacada en su profesión. No obstante, continuó analizándose, pues aún experimentaba un temor sin fundamentos antes de cualquier entrevista o reunión. Pero también este problema desapareció cuando, en una sesión, cerró los ojos y permaneció en silencio durante media hora. El silencio ha sido interpretado muy a menudo como resistencia, y a veces lo es; sin embargo, yo sabía que en ese caso la interpretación no era correcta. Por último, el paciente abrió los ojos y dijo: “Sentí que necesitaba relajarme. Por un momento sentí un fuerte nudo de tensión detrás de mi frente. Gradualmente desapareció y por un rato me olvidé de su existencia. Algo nuevo había ocurrido. Me siento libre de algo, y sé qué es. La vieja atmósfera de temor ha desaparecido y por fin me siento seguro”.

Observé que lentamente había llegado a sentirse lo bastante seguro de mis sentimientos positivos hacia él como para estar tranquilo conmigo y pese a ello olvidarme por completo, algo a lo que nunca se había atrevido ante su madre dominante y amenazadora. Por fin, la atmósfera derivada del temor de vivir con su madre se había disipado; por primera vez se sentía seguro y libre para experimentarse a sí mismo como una persona real, logrando así un nuevo descubrimiento de sí mismo que ninguna píldora podría haberle proporcionado. Esta capacidad recientemente conquistada de estar solo y sin ansiedad era el mojón de su madurez. Esta experiencia de sentirse real a sí mismo que había tenido mi paciente, en un nuevo sentido cala más hondo de lo que podría permitir una descripción de la dinámica edípica.

Una breve excursión por la teoría de las relaciones objetales del psicoanálisis puede servir para marcar las diferencias del enfoque terapéutico al que me estoy refiriendo con el tradicional; además, dado que la teoría de las relaciones objetales se ha hecho cada vez más importante en Gran Bretaña tanto como en América del Sur y en otras partes, éste parece ser el momento adecuado para presentarla a los lectores norteamericanos. La diferencia central de esta teoría con la freudiana radica en que la última ha considerado al hombre sobre todo como un buscador de placer cuyos instintos deben domesticarse, mientras la concepción

de las relaciones objetales desarrollada por Fairbairn considera que el hombre busca sobre todo el establecimiento de relaciones. Como escribió Fromm en *El arte de amar*:

La necesidad más profunda del hombre, entonces, es la de superar su separación, de abandonar la prisión de su soledad.

La formación de relaciones, no la reducción del dolor, es la finalidad fundamental del hombre. Sobre esta base, no existe una necesidad teórica del concepto del ello; las tentaciones de los impulsos surgidas en el curso de la búsqueda de relaciones explican las energías motivacionales. Otra diferencia radica en que la teoría de las relaciones objetales considera que el desarrollo no está determinado por etapas de la maduración de los instintos (de la oral a la genital pasando por la anal), sino por el carácter cambiante de la relación con los demás que mantiene el niño en su crecimiento. Se considera así que las neurosis surgen de la dificultad para pasar de los modos de relación infantiles a los adultos.

La teoría de las relaciones objetales tiene su origen en el concepto freudiano de superyó, que se basa en una representación interna psíquica, de los padres. Melanie Klein desarrolló este enfoque hasta convertirlo en una fenomenología más amplia de la vida intrapsíquica, considerando la psiquis como un mundo interno donde el yo está profundamente comprometido en relaciones duraderas y pautadas con “objetos” internos o representaciones. Esta escena interior —diferente del mundo externo— se volvió central para su pensamiento, y fue el punto de partida de Fairbairn.

Fairbairn nunca pensó que el yo se desarrollara a partir de núcleos discretos, sino como un todo global desde un principio, que luego se diferencia progresivamente como consecuencia de experiencias interpersonales. Para Fairbairn, el psicoanálisis se basa en la idea de que el yo no puede desarrollarse, y de hecho “se pierde” en el distanciamiento esquizoide, si no tiene una experiencia suficiente de relaciones buenas. Cuando el niño experimenta a la madre como frustrante, su yo desamparado y débil divide el objeto en dos partes y las internaliza como un modo de dominarlas. La experiencia de los padres se ha dividido en un objeto excitante —la parte que ha despertado sentimientos y necesidades en el infante— y un objeto rechazante, los aspectos insatisfactorios y odiados del padre. El yo se divide para relacionarse con estos objetos internalizados. Específicamente, éstos son ahora un yo libidinal frustrado y hambriento que continúa luchando por la vida, y un yo antilibidinal que cede y no logra crecer. El yo antilibidinal también es llamado “el saboteador interno”, pues está relacionado con el objeto rechazante mediante la identificación; esta alianza nada santa ataca o condena conjuntamente al yo libidinal (que está a su vez aliado al objeto excitante a través de la esperanza de hallar sustento). Todo esto ocurre fuera del ámbito de la conciencia. No obstante, en el nivel consciente surge un yo central como esa parte de la personalidad que se encarga de la vida cotidiana de la persona en el mundo exterior, mientras inconscientemente la persona está radicalmente dividida contra sí misma.



De este modo, en el análisis del mundo intrapsíquico en términos de relaciones objetales, el odio a sí mismo es entendido como los ataques constantes del yo antilibidinal y el objeto rechazante contra el yo libidinal, que se aferra a la vida con el sufrimiento como costo. Ese es el núcleo central de la neurosis, la dinámica sadomasoquista inconsciente de la cual surgen muchos síntomas. En el curso de la terapia, el yo antilibidinal pasa de la adhesión al objeto rechazante a una alianza con el analista tolerante, permitiendo al yo dividido ir hacia una integración y unidad curativas. Esa es la razón por la cual el psicoanálisis no debe concentrarse tanto en los impulsos reprimidos y los recuerdos encubiertos; el problema fundamental es desarrollar el yo inmaduro que está luchando por preservar su existencia psíquica. Sin duda, el control de los impulsos antisociales es socialmente necesario, pero es una cuestión secundaria si se la compara con la fundamental del crecimiento del yo.

Ahora puede verse por qué el psicoanálisis es forzosamente un proceso lento. La relación debe desarrollarse gradualmente de modo que sea lo bastante segura como para permitir al paciente revivir las perturbaciones traumáticas tempranas, con el fin de que pueda resolverlas dentro de la nueva relación, que proporciona los necesarios cuidados maternos y paternos que favorecen el crecimiento. El análisis también es difícil porque, a través de su yo antilibidinal, el niño se identifica con una poderosa aunque persecutoria figura y —en el cerrado sistema de su inconsciente neurótico— no está dispuesto a abandonar esta protección. Además, la persona puede sufrir en manos de sus objetivos malos, pero por lo menos tiene una relación; mejor es tener una relación persecutoria que ninguna relación. No debe sorprendernos entonces que la resistencia al cambio por lo general sea intensa.

Muchos dramas diferentes son representados en el escenario interior, cuyas primeras filas son proporcionadas por los sueños que, según creo, por lo general no son realizaciones de deseos sino perspectivas y visiones directas de la situación endopsíquica. Por ejemplo, un paciente soñó que miraba sin poder hacer nada mientras un caballo cortaba con un cuchillo a una yegua, que se limitaba a soportarlo. Una interpretación relativa a la escena primitiva tuvo escaso efecto. Lo importante era que su yo central, el observador, no podía detener un cruel conflicto interior. Después de realizar algunos progresos, el paciente soñó que un hombre airado gritaba duramente a un niño aterrizado. Luego el hombre se mostraba amistoso y decía: “Sé que eres nervioso, pero toma mi mano”, y el niño perdía su temor. Como dijo el paciente: “El tipo que gritaba duramente es la actitud que siempre he tenido hacia mí mismo y el hombre amistoso es su actitud hacia mí que yo estoy adoptando lentamente”.

Para sintetizar, la primera división del yo deja un yo central para que se enfrente con el mundo exterior mientras un yo libidinal retrocede hacia un mundo interno, fuera de la conciencia, donde trata con sus objetos internalizados. Este yo interior ha sido dividido por los conflictos entre sus necesidades y temores en un yo libidinal, oral, necesitado, relacionado con un objeto excitante que lo mantiene en acción, y un yo antilibidinal que está identificado y se relaciona con un objeto rechazante, de carácter persecutorio. Además, he hallado que el yo libidinal

puede ser asediado por la ansiedad hasta el punto de realizar una nueva retirada, esta vez de las relaciones con objetos internos malos, de modo que se produce una tercera y última división del yo. A esa parte dividida la llamo yo libidinal regresivo, que busca una seguridad pasiva en un estado semejante al del seno materno.

Ningún tratamiento psicoanalítico puede ser completo si no llega a esta parte regresiva de la personalidad, de modo que convierta la regresión en renovado crecimiento. Esto requiere que el paciente enfrente sus temores últimos y su huida de la vida. No obstante, el paciente también odia a su yo regresivo por su debilidad y, a veces, llegará a odiar al analista que trata de ayudar a ese yo. De modo igualmente importante, el paciente tiene un mortal temor a que su yo regresivo, si encuentra algo de aceptación en el contexto de la relación analítica, lo tiente y lo traicione llevándolo a una abyecta dependencia infantil. La única solución es soportar y superar estos temores a una buena relación objetal con el analista.

Como escribió Fromm, la meta del psicoanálisis debe incluir la “libertad de” los conflictos emocionales, pero debe ir más allá para lograr la “libertad para” desarrollar al máximo nuestras capacidades. Fromm habló acerca del descubrimiento del “verdadero yo”. Hoy, Winnicott escribe sobre el “verdadero yo puesto en un refrigerador” cuando un bebé nace en un ambiente familiar que no logra nutrirlo. El niño, entonces, debe desarrollar “un falso yo sobre la base del conformismo” o “sobre la base de la rebelión”. El hecho mismo de iniciar el crecimiento de un yo real depende en un principio de la calidez, el interés y la constancia que se transmiten al bebé en la relación con la madre. De este modo, Winnicott sostiene que la experiencia de relación es anterior y mucho más intensa que la experiencia de la satisfacción de las necesidades corporales, de modo que el verdadero modelo para la psicoterapia es la relación madre-niño, y no un modelo de tensión-reducción. En un sentido conexo, Fairbairn sostiene que el origen de todos los problemas de la personalidad radica en la “incapacidad de los padres para hacer sentir al niño que es amado por sí mismo, como una persona y por propio derecho”; la terapia, por fuerza, supone que el paciente trabaje mediante relaciones transferenciales no realistas con el analista, para llegar a una relación madura y realista en la cual encuentre a su auténtico yo. En este contexto, Balint distingue dos niveles diferentes de psicoanálisis —el nivel de la “falta básica” y el nivel edípico— adscribiendo al primero la necesidad de ocuparse de los primeros fracasos del paciente en el logro de los fundamentos de una personalidad segura dentro de la matriz pre-edípica, de la relación madre-hijo. El paciente debe volver a experimentar este nivel para hacer “un nuevo comienzo”, pero si meramente hace una regresión en busca de interminables satisfacciones para necesidades tempranas insatisfechas, entonces la regresión se vuelve maligna y puede no llevar a la cura. La regresión benigna, por otra parte, es esencialmente la búsqueda de que el analista lo reconozca como persona; ésta es la que conduce a la cura.

Los trabajos de Fromm, Winnicott, Fairbairn y Balint ilustran la manera en que hoy el psicoanálisis está en proceso de transformarse de



una teoría y un análisis de la “frustración y el control instintivos” en una teoría y terapia que estimule el renacimiento y el crecimiento de un yo auténtico en el contexto de una relación auténtica. Aquí las demandas del paciente son entendidas menos como deseos vehementes de satisfacción inmediata y más como la necesidad de una persona real de relacionarse y de ser real con alguien, una necesidad básicamente psicológica, no fisiológica. Evidentemente, esto no equivale a negar que la naturaleza total del hombre, biológica y psicológica, proporciona las condiciones para que la experiencia de relación tenga lugar.

Es verdad que las cosas pueden andar mal aun después de un buen comienzo con un cuidado maternal confiable, pero, de todos modos, no pueden andar muy mal. Sin duda, el crecimiento del niño es ayudado u obstruido por la medida en que halla buenas o malas relaciones en la comunidad, pero si se han establecido sólidos cimientos, resulta asombrosa la capacidad para enfrentar crisis que se manifiesta luego en la vida adulta. Lo que me llevó a prestar cada vez mayor atención a estos problemas fue el hecho de que muchos tratamientos psicoanalíticos desarrollados en el nivel edípico convencional con el tiempo manifestaban síntomas de que la dinámica edípica ocultaba problemas mucho más profundos, los que implicaban el sentimiento del paciente de ser insignificante, por así decirlo, una no persona, de la que nadie podía gustar y a la que nadie podía respetar. Estas cuestiones más básicas —que no pueden tratarse mediante los análisis de la inhibición del yo y de la tiranía del superyó— requerían evidentemente experiencias reparatorias para compensar la incapacidad de la persona para disponer de un punto de partida adecuado para la formación del yo en el seno de una atmósfera familiar destructiva: no se trata de la “reparación” que hace el paciente de sus propios impulsos destructivos (véase Melanie Klein), sino de la “reparación” que hace el analista de la incapacidad de la madre para dar un soporte básico al yo.

Este análisis nos lleva nuevamente a nuestro tema inicial. Freud comenzó como un médico que trataba de curar una enfermedad, pero al hacerlo inició un impulso que ahora está llevando al psicoanálisis a convertirse, de un modelo de tratamiento médico, en una relación en la que ambos participantes exploran la vida. El modo en que el análisis se está convirtiendo en un estudio cada vez más profundo de cómo logramos o no logramos surgir como personas en medio de relaciones personales buenas o malas plantea una vez más el problema de las metas y cuestiones últimas de la vida. Sin duda, la noción tradicional de “cura” resulta ahora cada vez menos significativa en comparación con conceptos tales como descubrimiento y realización de sí mismo, en los cuales la persona ya no está atada por ansiedades no realistas sino afirmada en relaciones gratificantes. Todos estamos tácitamente de acuerdo en que todo ser humano necesita y busca ser valorado por los demás. De esta manera, un duro psicópata joven gritó durante una sesión de terapia de grupo: “¡Mírenme cuando hablan de mí! ¡No quiero ser tratado como si no estuviera aquí!” Necesitaba absolutamente que alguien reconociera su presencia; de otro modo, debía actuar violentamente para evitar una caída en un vacío de aislamiento esquizoide.

Como dije al comienzo, un psicoanálisis que se enfrente con estas preocupaciones, que no sea parroquial, que se ocupe de la condición humana, ha de perdurar. Carece de importancia que su popularidad aumente o disminuya en un período determinado. El psicoanálisis declinará sólo si se convierte en una sociedad cerrada de iniciados que defiende como dogma una teoría vieja y sin posibilidades de desarrollo. Tampoco es fundamental que nunca pueda haber suficientes psicoanalistas como para responder a las demandas de análisis individual, pues nuestra meta última ha de ser la prevención, mediante la adquisición de un conjunto de conocimientos y experiencias que nos ayuden a comprender cómo vivir y ser verdaderamente humanos.



CAPÍTULO III

EL PACIENTE AYUDA AL ANALISTA: ALGUNAS OBSERVACIONES CLÍNICAS Y TEÓRICAS

Erwin Singer

Desde su misma aparición, la mayor parte de las publicaciones sobre técnica psicoanalítica subrayaron, aunque sólo fuera implícitamente, un tema dominante: el analista, fuera de la gratificación que quien cura extrae por fuerza del sentimiento de haber realizado bien un trabajo y de la recompensa financiera por sus esfuerzos, extrae poca satisfacción personal de su tarea. Todas las demás satisfacciones de su día de labor eran sospechosas de reflejar tendencias contratransferenciales arraigadas en sus conflictos no resueltos.

Al estructurarse la relación psicoanalítica en estos términos, se la caracterizaba como un proceso de un único sentido: la relación de ayuda consistía en que el analista ayudaba a su paciente, mientras él no podía ni debía esperar ninguna ayuda comparable de ese paciente. Como bien se sabe, hay por lo menos dos factores que explican el desarrollo de esta posición. Primero, el modelo médico básico y la tradición médica bajo cuya égida comenzó a desplegarse el psicoanálisis implican que el conocimiento y las capacidades superiores del profesional aplicadas a un paciente relativamente pasivo darán lugar a la cura; y segundo, cualquier ayuda auténtica y realista que el paciente pudiera ofrecer al analista supondría la familiaridad del primero con la personalidad del terapeuta y con sus dificultades y problemas en la vida. Pero ese conocimiento, se decía, sería un obstáculo para el desarrollo y pureza de la deseada transferencia, y así militaría contra el proceso terapéutico.

La finalidad de este artículo es explorar las deficiencias potenciales de esta austera posición, sin restarle sus méritos: esbozar e ilustrar con material clínico la capacidad terapéutica potencial que encierra el hecho de que el analista revele la situación de su propia vida, permitiendo así que el paciente le proporcione una ayuda realista; y por último, como principal contribución, dar fundamento a las consecuencias que, para una teoría de la personalidad, se derivan de estas observaciones, consecuencias que difieren de las presentadas tradicionalmente en la literatura psicoanalítica.

Es muy probable que la disposición de un analista a recibir ayuda de su paciente, cuando ha sido éste quien le pidió ayuda, refleje tendencias conscientes o inconscientes a sacar partido de la situación. Pocas cosas podrían ser más perjudiciales que ser objeto de una conducta

aprovechadora para una persona de la que se supone que ya sufre graves deterioros. Además, el hecho de que el analista haga referencia a acontecimientos o problemas de su propia vida mientras averigua acerca de la existencia de su paciente o reacciona ante las manifestaciones de este último, bien podría ser un índice de complacencia para consigo mismo y de una tentativa de conquistarse el favor del paciente mediante la lisonja, puesto que al hacerlo lo trata como a un confidente. Es fácil imaginar una cantidad de actitudes potencialmente contratrapéuticas que acechan detrás de los comentarios en que el terapeuta se muestra a sí mismo. Por consiguiente, es preciso tener en cuenta las prevenciones de Freud y otros; recordar que las consideraciones centrales para la terapia analítica son la maduración emocional del paciente, el desarrollo de su insight, el ayudarlo para que se conozca y el evitar con sumo cuidado la interferencia de todo material extraño.

Sin cuestionar estos objetivos básicos y admirables de la psicoterapia analítica, algunos autores (relativamente pocos) han cuestionado seriamente la creencia de que el logro de esas metas es concretamente favorecido por el mantenimiento de un estricto anonimato por parte del analista. Entre quienes han expresado dudas se encuentran Jourard, Searles y sobre todo Tauber, así como Tauber y Green en su libro *Prelogical Experience*. Los últimos han demostrado de modo convincente cómo el análisis de los sueños del analista y de sus pensamientos fugaces acerca del paciente —evidentemente una expresión de su disposición a manifestarse ante su analizado— puede, en comunicaciones posteriores, llevar a una importante comprensión de la relación paciente-terapeuta y de la psicodinámica de ambos. Al señalar el uso potencialmente constructivo, creador y comunicativo de los fenómenos contratransferenciales, dejan en claro que la insistencia del analista sobre el anonimato puede resultar perjudicial para los fines del proceso analítico.

El anonimato del analista encierra otra peligrosa deficiencia, y a examinar ese peligro dedicaremos las siguientes páginas. Si el analista conserva una comunicación de un solo sentido y se limita a ser la persona que sostiene el espejo para que Dorian Gray pueda ver su imagen, entonces es probable que la situación analítica no se preste a compartir de modo espontáneo las reacciones auténticamente positivas del paciente y a la revelación de los elementos más constructivos de su carácter. Es posible que emerja entonces una imagen bastante unilateral y caricaturesca del paciente. Sin duda, el anonimato del analista se presta exquisitamente al desarrollo de todo tipo de reacciones transferenciales. Sin embargo, el anonimato inflexible, aunque favorece la manifestación de tendencias destructivas y otras tendencias primitivas ocultas, no promueve y activa los aspectos constructivos y orientados hacia la realidad. Por supuesto, el paciente puede revelar sus energías al examinar reacciones constructivas que tienen lugar fuera del consultorio. Pero del mismo modo en que somos capaces de ver más claramente la patología del paciente y sus orígenes en las reacciones transferenciales ante el analista, es razonable sugerir que es igualmente probable que veamos mejor sus fuerzas —sus reacciones constructivas ante las realidades de la vida— en términos comparablemente inmediatos e íntimos. Sólo entonces la si-



tuación analítica es un microcosmos naturalista de la vida del paciente. Pero esas expresiones de salud requerirían, como ya lo señalamos, la familiaridad del paciente por lo menos con algunos aspectos de la vida del analista.

Relataré ahora un hecho muy doloroso de mi vida, cuyas consideraciones me llevaron a revelarlo a mis pacientes, y sus reacciones ante el hecho de que compartiera mi dolor con ellos.

Hace algún tiempo mi esposa enfermó gravemente. Al conocer el prediagnóstico, sabiendo muy bien que no estaría dispuesto ni sería capaz de concentrarme en mi trabajo y en mi ansiedad por permanecer al lado de ella mientras se hacían nuevos diagnósticos, cancelé todas mis citas hasta nuevo aviso. Mis pacientes, aunque sabían que suelo tomarme frecuentes vacaciones y a veces sin previo aviso, sintieron en mi voz que esta cancelación no reflejaba un impulso frívolo y espontáneamente preguntaron: “¿Qué pasa?”. Demasiado preocupado como para mantener largas conversaciones y dudando de hasta qué punto quería hablar, me limité a contestar que me explicaría cuando volviera a verlos.

Por supuesto, estuve preocupado durante este período. Sin embargo, debí postergar el problema de qué decir a mis pacientes hasta hallarme en mejores condiciones para la reflexión. Espontáneamente me inclinaba a contarles con sinceridad lo que sucedía. Después de todo, parecía correcto que un analista que investigaba las razones del incumplimiento de citas de sus pacientes fuera igualmente franco cuando él se ausentaba.

Pero entonces surgieron dudas respecto de esta actitud. ¿Era todo tan simple? ¿Eran mis motivos realmente tan puros como me parecía? ¿Buscaba comprensión y una posibilidad de expresar mi pesar cuando las dificultades de mis pacientes debían ser mi legítima preocupación? ¿Trataba de evitar que algunos de mis pacientes más difíciles me abandonaran, cuando con toda seguridad ellos serían menos exigentes si conocieran la dolorosa realidad de mi vida? ¿Quería inducir culpas o demostrar a algunos pacientes qué triviales eran muchas de sus quejas presentándoles problemas verdaderos? ¿Y estaba por pasar una carga indebida a seres humanos ya bastante perturbados? Estas y otras cavilaciones similares ocuparon mi mente mientras los días pasaban.

Evidentemente, uno o más de esos motivos contratransferenciales podían acechar detrás del impulso a revelar a mis pacientes esos hechos de mi vida. Y ahora reconsiderando la situación, considero que estas deliberaciones conmigo mismo fueron esenciales.

Con alguna inquietud, decidí decirles la verdad. Pero la incertidumbre respecto de mis motivos, respecto de la posibilidad de que estuviera sacando partido de mis pacientes, cuando me enfrenté con ellos, hicieron que me sintiera menos seguro de lo que había esperado. Ello me llevó a hacer un embarazoso preámbulo, diciendo que sentía mucho cargar al paciente con mis problemas. Pero, de cualquier modo, informé a todos los pacientes respecto de las razones de mi ausencia.

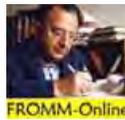
Sus respuestas me resultaron sorprendentes, y ante la sorpresa tuve una pobre reacción. Preocupación, auténtica comprensión, ansiedad por ayudar si es que surgían problemas, y sobre todo esfuerzos por ayudar y

confortar... esas reacciones me abrieron los ojos. Mientras escuchaba, profundamente conmovido y hondamente agradecido, los esfuerzos de los pacientes, resultó evidente que cada persona expresaba su deseo de ayudar en su estilo individual, una manera que a menudo, cuando tenía lugar en circunstancias diferentes, hubiera sido identificada como el reflejo de una orientación patológica del carácter. Daré unos pocos ejemplos.

La señora N., una mujer dividida entre sus deseos de ser una administradora dominante y efectiva de los asuntos de las demás personas (como lo había sido su exitosa madre) y sus simultáneos anhelos de una gratificación mágica para sus dependientes necesidades de nutrimiento, respondió inmediatamente en términos de ambas facetas. Ansiosamente me informó sobre las autoridades más destacadas sobre la enfermedad de mi esposa y sugirió que podría ponerme en contacto con una de ellas, un hombre por cierto muy prominente, aunque era difícil llegar a él pues en parte había abandonado la profesión. Al mismo tiempo insistió con gran convicción en que mi esposa iba a estar “muy bien”, que estaba segura de ello. Su ansiedad por ser confortable y estimulante, aunque a veces se expresaba en formas infantiles y otras en pronunciamientos nada realistas pero aparentemente autoritarios, fue muy conmovedora.

El doctor S., un médico sumamente competitivo, aunque se las ingeniaba para ocultar muy bien esta tendencia, se mostró en todo momento suspicaz y temeroso de ser aprovechado profesional y personalmente. El escuchar mi relato le hizo sentir inmediatamente que tenía ganas de irse, con el sentimiento de que: “¡Oh, Dios, ahora tenemos que cuidarlo a él, también!” Con todo, secretamente ansiaba siempre ocupar el papel de salvador, ser el último de los justos, soportar las cargas del mundo, temiendo sólo que se lo explotase y se le negase el debido reconocimiento. Por consiguiente, siempre actuaba el papel de mártir. Sin embargo, también resultó evidente que estaba auténticamente ansioso por destinar sus considerables conocimientos a ayudarme. Aunque concretamente expresó resentimiento por sentirse obligado a averiguar detalles de los descubrimientos, al mismo tiempo continuó preguntando por el estado de mi esposa y estimulándose a mantenerme al tanto de descubrimientos poco conocidos y prometedores de investigaciones recientes. Al presentarme las muchas facetas de la enfermedad desde una perspectiva adecuada para mí, me proporcionó una ayuda y un apoyo genuinos. De este modo, no me sorprendió que un día, luego de haber cavilado una vez más acerca de su resentimiento, se sentara y exclamara: “Por Dios, realmente me gustaría ayudarlo y sin embargo insisto en sentirme explotado, resentido y desconfiado. Si no puedo aprender ahora cómo gozar del hecho de ayudar a los demás, ¿para qué diablos estoy aquí?”

El señor D. era un exitoso empresario de algo más de cuarenta años. A pesar de sus éxitos, su mansedumbre y sumisión de toda la vida eran ilimitadas, y siempre estaban acompañadas por la preocupación por hallar defectos en los demás, por detectar los puntos débiles precisamente en quienes afirmaba admirar, en aquellos a los que solía aproximarse con un respeto servil. Con frecuencia resultaba que éstas eran personas bastante patéticas, individuos cuyo *phatos* lo había impresionado, amistades a las que podía lisonjear con su “adoración”, personas que así podían



caer fácilmente desde la cúspide de su estima. En sus relaciones transaccionales se había dedicado a la búsqueda constante de mis problemas y defectos, y por cierto había descubierto muchos de ellos. En cualquier caso, su aproximación a los demás, compuesta de una extraña mezcla de autodegradación y desdén, se expresaba claramente en complejos síntomas que provocaban muchos pesares a él y a quienes lo rodeaban.

Uno de sus modos preferidos de detectar los defectos de carácter de sus amigos y asociados era “comprarlos”, llenarlos de regalos y entretenimientos, sólo para poder mirarlos con desdén si caían en sus trampas y aceptaban su generosidad. Luego, con un pequeño gesto despreciativo de su mano, los alejaba, sintiéndose encantado de haber descubierto que eran venales, aunque simultáneamente se sentía deprimido por su convicción de que sólo era apreciado por su dinero.

El enterarse acerca del estado de mi esposa y mi difícil situación le produjo una profunda pena y lloró en silencio por un momento. Luego sus impulsos constructivos y colaboradores pasaron a un primer plano y se expresaron característicamente en términos familiares para él: preguntó por mi situación financiera, si iba a tener que enfrentar enormes gastos médicos, y me aseguró su disposición a prestarme dinero. A pesar de su uso frecuente del dinero para manejar a las personas, esta oferta me pareció auténtica. Le agradecí con sinceridad y le expliqué que podía arreglármelas. Cuando insistió: “Por favor, no lo olvidé si lo llega a necesitar”, le prometí que sin duda recordaría su ofrecimiento y que no dudaría en recurrir a él si la necesidad surgiese. Me miró como sobreco-gido, y una vez más empezó a llorar.

Un ejemplo final: el doctor L., un joven científico amargado y taciturno, acababa de pasar por dolorosos procedimientos en su divorcio. Sus dificultades conyugales se habían originado en parte en su permanente actitud de desapego. Siempre había valorado su indiferencia, considerándola el reflejo de una disposición calma y razonable, de la importancia que otorgaba a la “objetividad”, y de su creencia en que conservarse reservado, digno y distante ante cualquier desorden ayudaría a que la razón prevaleciera. Con independencia de lo que hiciera o dejara de hacer su esposa, “ella no podía atacar mi frialdad”, y en eso, pensaba, todo estaba a su favor. No percibía que su misma ecuanimidad tenía elementos marcadamente crueles.

Después de que le conté la calamidad que había provocado mi ausencia, permaneció tenso y silencioso por un momento. Luego, con calma y contrastando con mi estado de ánimo depresivo, me preguntó acerca del pronóstico; cuando le dije que los médicos tenían mucha confianza, asintió con “objetivo” acuerdo y me habló acerca de su familiaridad con casos similares y de sus resultados “objetivamente” satisfactorios. De modo bastante asombroso, su aparente despreocupación y calma, tan diferente de mi temperamento, tuvo sobre mí un efecto tranquilizador. Sólo varias sesiones después observé con mucha tristeza —y creo que fue ésa la primera vez que lo vi auténticamente triste— cuán apenado se había sentido durante esa sesión. No se trataba de que hubiera simulado sentirse calmo, sino de que también había tenido deseos de abrazarme y poner su brazo en torno de mi hombro. Cada una de sus fibras había luchado contra eso,

y sentía haber permanecido una vez más distante y desapegado cuando interiormente ansiaba comprometerse más.

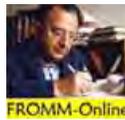
Espero que estas viñetas ilustren lo que he aprendido: que la capacidad de ponerse a la altura de la situación cuando se requieren la compasión y la colaboración es parte integral de todos los seres humanos. Lo que es importante, en ningún caso mis revelaciones tuvieron efectos negativos; por el contrario, los insights, los recuerdos y la creciente conciencia que se pusieron de manifiesto luego de mis manifestaciones resultaron notables, y tengo la profunda convicción de que mi franqueza aceleró el proceso terapéutico en varios casos.

Estas observaciones confirman de un modo personal las dudas que otros expresaron antes respecto a la validez de la posición según la cual el anonimato del analista tiene un valor terapéutico universal. El estricto anonimato psicoanalítico hubiera reducido las oportunidades que tenían mis pacientes de conocer sus propias fuerzas, y habría limitado mi conocimiento de su capacidad para ocuparse de los demás y comprenderlos.

Además, mis observaciones apoyan la hipótesis que formula Erich Fromm al esbozar la relación dialéctica entre las facetas productivas e improductivas del carácter. Fromm sugiere que en toda personalidad encontramos rasgos capaces de expresarse en formas negativas o positivas. Por ejemplo, señala que el rasgo humano que puede expresarse positivamente en la generosidad, se manifiesta perversamente como derroche en el aspecto improductivo del carácter. De modo semejante, observa que la capacidad potencial del hombre para seguir productivamente las directivas de otros puede expresarse en la patología improductiva de la sumisión, o que la capacidad para guiar constructivamente puede hacerse sentir patológicamente en las tendencias a dominar. En las actitudes de las personas que hemos analizado, observamos las manifestaciones positivas de potencialidad y actitudes que, por lo general y desdichadamente, son expresadas en términos improductivos y patológicos. De este modo los esfuerzos por dominar y manejar de la señora N. pueden verse como una expresión pervertida de su capacidad para hacerse cargo de los demás y ayudar. O la propensión del señor D. a privar a los demás de genuinas satisfacciones puede verse como una manifestación perversa o patológica de su capacidad para preservar sus recursos y con el tiempo reunirlos en momentos de real necesidad.

No es la finalidad de este trabajo delinear de modo definitivo las circunstancias de la vida que hacen a los seres humanos “decidirse” a superar las dificultades mediante la destructividad antes que mediante la constructividad, para emplear la terminología de Fromm. Bastó decir —como se verá— mis revelaciones, y las reacciones de los pacientes se convirtieron en excelentes puntos de partida para investigar los orígenes de estas decisiones de un modo emocionalmente significativo y no intelectualmente estéril.

Los esfuerzos de mis pacientes por encontrarse a sí mismos, con mucha más seriedad después de mis revelaciones personales, sacaron a luz algunos temas que hasta entonces nunca habían aparecido o, en el mejor de los casos, sólo se los había mencionado al pasar.



La señora N., por ejemplo, trató auténticamente de aprehender la verdad de las experiencias críticas de su infancia y del afecto asociado a algunas de sus actuales reacciones ante ellas. Había crecido en una atmósfera dominada por una madre no sólo enormemente hábil y socialmente exitosa, sino también vanidosa y atractiva. Su padre había desollado también por sus éxitos profesionales, financieros y sociales, aunque era muy deprimido y retirado. Con gran dolor, la señora N. comenzó a reexperimentar casos en que se sentía totalmente incapaz de hacer algún aporte significativo a esas personas que todo lo sabían y en todo triunfaban, y que al parecer nada necesitaban. Estos sentimientos resultaban particularmente evidentes en relación con la madre. Por otra parte, de algún modo había sentido la soledad esencial de su padre y en algunos casos había comprendido que él la necesitaba, una tendencia fuertemente reprimida, que en momentos él traicionaba ante su hija. Aunque sus necesidades reprimidas eran parte de sus síntomas, por lo menos le dejaban un oscuro sentimiento de ser potencialmente útil. Pero en relación con la madre todo lo que ella podía hacer era sentarse con temor y abrigar la esperanza de que algún día podría aproximarse secretamente a los éxitos de su progenitora. Desde luego, nunca alcanzaría abiertamente ninguno de esos éxitos, pues a sus ojos representaban demasiado un desafío a la superioridad materna, una superioridad a la que mi paciente insensiblemente daba realidad mediante su propia conducta sumisa. Por consiguiente, el crecimiento y la madurez debían descender hasta ella mágicamente, es decir, de maneras por las cuales no se pudiera hacerla responsable, y sus capacidades reales debían expresarse en términos negativos. La preocupación por los demás debía manifestarse sobre todo a través de manejos a menudo desgastadores, la persistencia mediante petulantes manifestaciones de poder y la intimidación por medio de un patético desamparo.

Claros recuerdos de hechos de la infancia asociados con la cristalización de esta orientación del carácter, con penetrantes exámenes de su comportamiento y afectos actuales, se pusieron entonces de manifiesto; conservo pocas dudas respecto de que estos hechos y mi franqueza acerca de la situación por la que pasaba estuvieron causalmente relacionados, de que la admisión de mi dolor hizo que la esperanza de ser realmente útil se convirtiera para ella en una posibilidad real. Unos pocos días después de mi retorno a mis tareas, sinceramente perpleja hizo la siguiente observación: "Me siento muy extraña, como si fuera realmente posible que yo fuera útil para usted, y no sólo estuviera tratando de acumular puntos a mi favor...".

El doctor S. también se sintió impulsado a indagar su vida con mayor dedicación que antes. Aunque muy exitoso en una edad relativamente temprana, a menudo se sentía a sí mismo como un engaño, y desde luego en ciertos sentidos lo era. Con frecuencia publicaba trabajos menos con la esperanza de hacer un aporte que con el deseo de mostrarse y formar una impresionante lista de antecedentes.

Varias veces había analizado con algo de perplejidad pequeños incidentes de su vida hospitalaria y sus reacciones ante ellos. Por ejemplo, se sentía muy incómodo cuando algún paciente elogiaba su capacidad mé-

dica ante otros, y cuando alguien le agradecía profundamente el haberle devuelto la salud. Era lo bastante honesto como para no atribuir esta incomodidad a la modestia del médico humanitario cuya recompensa se encuentra en el cumplimiento exitoso de sus deberes de misericordia. Sin embargo, notaba dentro de sí mismo el deseo de experimentar la superioridad del "hombre de blanco que acepta de buena gana su carga". Afortunadamente, su búsqueda de esa perversa exaltación parecía incomodarle cuando se enfrentaba con una sincera gratitud.

Mi gratitud por su auténtica ayuda lo obligó a examinar más profundamente. Esto, a su vez, lo llevó a prestar una atención más detenida a los hechos cotidianos, sus reacciones ante ellos y los recuerdos que evocaban. De este modo, un día contó con mucha ansiedad que su padre, sintiéndose enfermo, había pedido turno para ver a un médico que practicaba la especialidad de su hijo. Pero no había llamado a mi paciente para preguntarle acerca del especialista —que era en realidad un destacado médico del hospital donde él trabajaba— antes de pedir turno. Mi paciente se sintió profundamente dolido porque no se lo había consultado antes, y porque se lo trataba como si su preparación tuviera poca importancia.

La reflexión sobre éste y otros incidentes similares lo llevó a un importante insight. Con sorpresa comprendió que durante toda su vida se había sentido incapaz de proporcionar alguna ayuda importante a su familia, que todo lo que se le había pedido era *parecer* competente. La verdadera substancia de sus conocimientos y capacidades nunca había tenido importancia. Lo más doloroso y entristecedor para él era reconocer cada vez más claramente que se había adherido a esta orientación, que se había habituado a apreciar el éxito exterior y había llegado a valorar la forma más que la substancia. La comprensión de este hecho se hizo más punzante cuando recordó cómo, buscando status dentro de la familia, había forjado silenciosas alianzas con uno de sus padres contra el otro. Por lo general, éstas se habían expresado en el intercambio de miradas de entendimiento y sonrisas despectivas. A causa de ello, las demandas de una auténtica relación le aparecían ahora como amenazas, como si se opusieran a antiguas alianzas y a su dedicación a la forma y el estilo. De este modo, lo ofendían y las acogía con suspicacia y quejas por sentirse explotado. Resultaba evidente, además, que al hacerlo también invitaba a los demás a que lo explotaran de modo que sus acusaciones y quejas respecto de su propia rectitud aparecían justificadas.

La aclaración que me interesa hacer es la siguiente: muchas de las perturbaciones neuróticas experimentadas por mis pacientes parecían asociadas con un profundo sentimiento de inutilidad personal y con la sensación de haber fracasado como seres humanos porque las únicas contribuciones que habían hecho formaban parte de reacciones y comportamientos no constructivos que respondían a demandas igualmente no constructivas. Y así la interacción destructiva con los demás se convertía en un estilo de vida virtuoso aunque pernicioso, gobernado por el lema: colaboraré mediante la simulación y la inautenticidad, colaboraré mediante la destructividad. La autenticidad de mi preocupación y de mis necesidades había perturbado el tranquilo funcionamiento de este estilo.



La muestra presentada es pequeña. No obstante, creo que los hechos señalan en una dirección propuesta a veces durante los últimos años por la literatura psicoanalítica. Esta orientación sugiere que quienes están preocupados por los orígenes de la psicopatología y por los esfuerzos consagrados a reavivar el crecimiento emocional deben prestar mucha atención a la posibilidad de que la más devastadora de las experiencias humanas sea el sentimiento de la propia inutilidad. Esta posibilidad se integra con la idea de Fromm de que la destructividad es una alternativa que ofrece la vida cuando los esfuerzos constructivos resultan frustrados, con el análisis que hace Binswanger del sacrificio de Ellen West, con el punto de vista de Searles respecto de que los orígenes de la esquizofrenia pueden encontrarse a menudo en el patético esfuerzo del niño para ser útil a un patético progenitor, y con la exposición de Feiner y Levenson respecto de lo que llaman el "sacrificio piadoso" y que observaron en pacientes jóvenes.

En estas observaciones está implícita la idea de que la ansiedad no nace del *temor* a la castración sino del terror al reconocimiento de que *ya se está* castrado, o de que no es necesario buscar las causas de la ansiedad en el *temor* humano a la desaprobación sino en la aterradora comprensión de que *ya se está* desaprobado, desde el momento en que se lo considera innecesario. Es decir, las raíces de la ansiedad y del desequilibrio emocional pueden hallarse con frecuencia en el sentimiento de la prescindibilidad personal para la vida, según se expresa en los sentimientos de aislamiento e inutilidad que culminan en el terror a la soledad. Pero, puesto que los seres humanos no pueden soportar la pesadilla de ser insignificantes, deben encontrar una seudo "utilidad" para sí mismos en la existencia neurótica o psicótica.

Este no es un esfuerzo por absolver a la persona de una culpabilidad por otra parte bastante real. Pues al aceptar que le sea atribuido su rol de insignificancia, la persona se convierte en una colaboradora de quien le da su forma, causándose incomodidad a ella misma y distribuyéndola al mundo que la rodea. Si esta concepción de los procesos neurótico y psicótico tiene algún mérito, entonces la experiencia terapéutica debe proporcionar al paciente una oportunidad de comprender no sólo su fracaso en la tentativa de ser útil sino también su capacidad potencial para lograr el mérito y la realización humanos en contribuciones constructivas. Por consiguiente, el encuentro terapéutico requiere una tentativa de ayudar al paciente a ver sus dificultades en la vida, por lo menos en parte, como el resultado inevitable de su intento de negar sentimientos justificados de insignificancia personal.

El esfuerzo por negar este sentimiento de insignificancia personal puede ser también en parte responsable por la enorme proliferación de formas patológicas entre los jóvenes de las clases media y alta. Estos estratos han empleado para la crianza de los hijos procedimientos que los protegen de los duros vientos del dolor emocional, sin preocuparse por la realidad de las tragedias y la tristeza de la vida circundante. Los hogares que giran en torno del niño muy fácilmente se pervierten convirtiéndose en casas donde el niño es protegido de la realidad psicológica. El cuidado del niño resulta pervertido desde el momento en que se le

hacen a éste muy pocas demandas humanas significativas. Por supuesto, esta asignación al status de la inutilidad y la incapacidad para soportar las cargas humanas es fácilmente oscurecido por procedimientos que dan la impresión de que las demandas fueron realmente hechas. "Limpia tu cuarto", "saca la basura", "lava los platos", "haz tus deberes", estas exigencias son pobres sustitutos de "toma mi mano", "danza alegremente conmigo" y "seca mis lágrimas". Los primeros son pasos vacíos y rituales, los segundos son genuinos requerimientos y demandas humanas a las capacidades emocionales profundas de los demás. Las primeras son demandas inauténticas y por lo común irrelevantes, puesto que no brindan la oportunidad de darse a sí mismo en términos humanos de apoyo, protección, simpatía y compasión. Cuando el ambiente no logra formular demandas para la expresión de estas capacidades potenciales del hombre, cuando de hecho su misma expresión es impedida mediante arreglos estériles, entonces los seres humanos no pueden dejar de sentirse inútiles. Al hacer estas observaciones no me estoy uniendo al coro de los que se oponen a la tolerancia; por el contrario, sugiero que la verdadera tolerancia está ausente cuando no se permite al niño experimentar toda la gama de reacciones humanas y cuando se le impide ayudar de maneras significativas a los demás. Muchos aceptaron formalmente la tolerancia propugnada por Dewey y por Spock, al mismo tiempo que la sustancia de su pensamiento era descuidada con demasiada frecuencia.

Esta inautenticidad en las relaciones de padres e hijos; las inadecuadas oportunidades que se brindan al niño para expresar la capacidad constructiva de relación, hallan su análogo en la relación analítica tradicional. La gran promesa del psicoanálisis de proporcionar una situación en la cual pueda ser oída la totalidad de la propia vida interior es en parte negada al formalizar situaciones que impiden al paciente experimentar y expresar directamente sus tendencias constructivas. Pues tampoco aquí se formulan auténticas demandas a la persona. Y así, basándome en las experiencias descriptas, considero que una marcada reducción del anonimato del analista resulta esencial para el progreso terapéutico. Esto requiere la disposición del analista a compartir con su paciente sus propios estados de ánimo y sentimientos, no como "técnica" terapéutica sino como una auténtica expresión de su interés. Por suerte, esto no significa compartir exclusivamente experiencias catastróficas, alegrías o tristezas, estímulos o irritaciones. Compartir a veces estos sentimientos de modo que el paciente pueda ser un útil compañero sin entrometerse en la vida del paciente y sin quitarle oportunidades de expresar todas sus demás reacciones, éste, creo, es el camino que debe recorrer el terapeuta.

Tengo conciencia de la posibilidad de que mis propios intereses durante este período de mi vida me hayan forzado a atender e interpretar selectivamente los datos proporcionados por mis pacientes. Y puede imaginarse que mi propio sentimiento de desamparo ante una grave enfermedad y mi ansiedad por ser útil tranquilizando a mi esposa fueron sentidos por las personas con las cuales trabajé, llevándolas a responderme en la manera que he descripto. Aún peor, es posible que yo estuviera



deseoso de pensar que me ofrecían aquello que ansiaba, aun cuando eso no ocurriera en la realidad.

No obstante, en este caso me inclino a desechar esas posibilidades. La maduración de los pacientes y sus reflexiones sobre mi persona y sus experiencias de esa época apoyan las formulaciones que he presentado. En el caso de algunos pacientes, los hechos descritos aquí aceleraron un proceso de crecimiento que ya estaba bien en camino. Pero otros fueron alcanzados emocionalmente por primera vez durante la terapia por mis revelaciones y mi disposición a aceptar su ayuda. En general, algunos pacientes parecieron más conmovidos que otros; mi franqueza y mi disposición a aceptar ayuda fueron para algunos más significativas que para otros; consecuentemente, la influencia terapéutica de estos hechos varió de un individuo a otro. Tengo algunas presunciones respecto de estas variaciones individuales. En primer lugar, no siempre hablé de mi situación con igual comodidad, y sospecho que la gravitación terapéutica de mis revelaciones fue menor en los casos en que vacilé más. En segundo lugar, cuanto más joven era el paciente, menos probable era que estuviera familiarizado con tragedias reales, menos probable era que pudiera comprenderme, y por ende menos profunda era su reacción personal ante mi situación. Por último, cuanto más tiempo y más intensamente habíamos trabajado juntos, más fuerte era la reacción terapéutica positiva provocada por las revelaciones respecto de mí mismo.

Estas formulaciones son presentadas con cautela. Sólo futuras investigaciones e informes de colegas que hayan pasado por experiencias personales y analíticas semejantes proporcionarán un conocimiento más definitivo sobre los problemas planteados aquí. Mi intención fue señalar una dirección de investigación sobre los aspectos evolutivos del sentimiento de utilidad de una persona y los problemas analíticos derivados de ellos que, según mi parecer, es provechosa.

CAPÍTULO IV

SIMBIOSIS PATOLOGICA Y AUTISMO

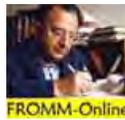
Harold F. Searles

En mi experiencia he encontrado que los conceptos de *autismo*, *simbiosis* e *individuación* son útiles y confiables no sólo para comprender los asombrosos y terribles fenómenos de la esquizofrenia, sino también la psicodinámica del cambio terapéutico en el trabajo analítico con cualquier paciente, neurótico o psicótico.

Este artículo será el primero de una serie de trabajos en los que comunicaré lo que he aprendido sobre estos procesos en los últimos años. Se deriva sobre todo de las siguientes fuentes: 1) 22 años de trabajo analítico con pacientes no psicóticos; 2) psicoterapia intensiva con 18 esquizofrénicos crónicos mientras trabajaba en Chesnut Lodge y posteriormente, en algunos casos durante cerca de 18 años, y 3) entrevistas individuales de consulta y enseñanza en una variedad de instituciones con alrededor de 1.300 pacientes, la mayoría de los cuales sufrían esquizofrenias de tipo y gravedad variables (entrevistas mantenidas sobre todo durante los seis años transcurridos desde que dejé de pertenecer al Chesnut Lodge).

Estos artículos no pretenden reemplazar mis trabajos anteriores, escritos en su mayoría desde la perspectiva de mi inmersión en el trabajo con un número relativamente reducido de esquizofrénicos crónicos, entre colegas dedicados a tareas similares, en Chesnut Lodge. Esa es una perspectiva que no puedo recobrar ahora, y siento algún respeto por lo que entonces consideraba válido, de modo que quiero presentar aquí estos datos más recientes junto con los anteriores, antes que sugerir que mis puntos de vista actuales los invalidan. Desde 1958 me he desempeñado como psicoanalista supervisor y didacta en el Instituto Psicoanalítico de Washington, y durante los últimos seis años me he consagrado sobre todo a esta tarea, aunque mientras tanto continué tratando a dos esquizofrénicos crónicos, que eran pacientes míos desde hacia tiempo, y acumulando, en mis entrevistas de consulta y enseñanza, una experiencia mucho mayor con una gran cantidad de individuos esquizofrénicos, incluidos muchos casos agudos que nunca había tenido oportunidad de encontrar en Chesnut Lodge.

Las categorías que describiré de simbiosis patológica, autismo, simbiosis terapéutica e individuación representan lo que considero como etapas sucesivas del desarrollo del yo en la terapia. El hecho de que cualquier paciente individual necesite recorrer todo ese camino dependerá del nivel de desarrollo del yo alcanzado en un comienzo. Por ejemplo,



si ha logrado ya una fuerte capacidad para establecer una relación terapéuticamente simbiótica, las dos primeras etapas de desarrollo del yo se pondrán de manifiesto relativamente poco en el trabajo con él.

Al escribir este artículo, en la mayor parte de los casos he tenido gran dificultad para determinar cuál etapa del proceso evolutivo de resolución de la enfermedad se manifestaba en cualquiera de las reseñas clínicas presentadas aquí. Por ejemplo, con frecuencia es difícil evaluar si algún incidente fuera de lo común e indudablemente significativo de la interacción paciente-terapeuta significa una transición, por parte del primero, de la relación autista a la simbiótica, o si bien, en cambio, proporciona un indicio de la relación de un tipo de relación sobre todo terapéuticamente simbiótica hacia la individuación, lo que implicaría que el trabajo estaría mucho más cerca de ser completado. Aun aquellos pacientes que se presentan como los más crónicos, de cambio lento, no se prestan a una fácil conceptualización del trabajo en términos de las etapas de la formación del yo; en particular es el paciente que se halla relativamente bien, el esquizofrénico fronterizo, o el neurótico, quien está mucho más comprometido en la terapia, cuyo funcionamiento del yo es tan flexible, tan elusivo, tan sutil, o simplemente tan vivo, como para ofrecer una poderosa resistencia a los propios esfuerzos por caracterizar su desarrollo mediante cristalizaciones teóricas como las presentadas en este trabajo.

A pesar de la alta dosis de artificialidad sentida en este esfuerzo por categorizar estos aspectos parciales de los procesos vitales, con toda seguridad, el esfuerzo de todos modos merece realizarse. Más de una vez sentí, cuando era acometido por los modos de responderme de un paciente psicótico, que tanto para proteger mi propia salud como para ayudar al paciente a recobrar la suya, se necesitaba de un arma y un instrumento que excediesen en poder a sus procesos de pensamiento psicótico, es decir, que estuviera representada por una batería teórica fuerte, precisa y bien elaborada concerniente a esos procesos psicóticos.

Simbiosis patológica

El individuo que, al comienzo de la terapia, nos hace comprender que su modo característico de relacionarse con otra persona está dominado por la defensa yoica ante la posibilidad de una relación patológicamente simbiótica, forma con nosotros una relación en la que él es parte de una persona completa, y nosotros (el terapeuta) somos la otra parte complementaria. Esta actitud contrasta con la del paciente autista que funciona como si él mismo, o por el contrario el terapeuta, fueran todo el mundo, el único concebible, perceptible y palpable. La tendencia a establecer una relación patológicamente simbiótica también contrasta en muchos sentidos con la tendencia a establecer una terapéuticamente simbiótica; mientras en la simbiosis patológica el paciente y el terapeuta constituyen dos partes relativamente fijas y complementarias de un sistema total, en la simbiosis terapéutica ambos funcionan dentro de un flujo completo y relativamente cambiante y la intercambiabilidad

—entre todas las partes de personas potencialmente completas y separadas y, más allá de eso, entre mundos completos y separados— fluye de uno a otro de los participantes, y entre ellos, abarcándolos a ambos. Además, la simbiosis terapéutica presenta un tono afectivo de vivacidad, júbilo o realización, mientras el tono de la simbiosis patológica es de constricción, falta de acabamiento y realización, o perturbación interior hasta el punto de existir una amenaza de insania.

De modo típico, el paciente patológicamente simbiótico o bien coloca coercitivamente partes de él mismo en el terapeuta, o bien provoca coercitivamente la tentativa del terapeuta de completar su yo (el del paciente), mostrado como muy necesitado e incompleto.

En muchas ocasiones, por ejemplo en el Hospital Sheppard and Enoch Pratt de Baltimore, sostuve en el curso de un día entrevistas de enseñanza con dos o tres pacientes esquizofrénicos, cada uno de los cuales tendió con gran energía a negar inconscientemente la presencia de introyecciones locas y sádicas en su persona, atribuyéndomelas en cambio a mí —que, de modo bastante literal, las experimentaba como alojadas en mi persona— y alejándose al terminar la entrevista como si hubiera dejado magníficamente establecido, no sólo para él, sino también para todos los observadores y yo mismo, que él era el ser humano que merecía ser piadosamente rescatado del monstruo de la esquizofrenia, inhumano y sin sentimientos, que yo personificaba. Luego, al terminar la jornada, durante la hora y media en que, a alta velocidad y en el momento de más difícil tránsito, conducía mi auto hasta mi consultorio en Washington para realizar mis sesiones de análisis didáctico por la tarde, sentía que uno o más de estos pacientes estaban perturbadoramente presentes bajo mi piel.

Estos son pacientes que, no habiendo tenido acceso durante la infancia y los primeros años de la niñez a la identificación humana inicial con una madre sana, y habiéndoseles presentado en cambio una madre crónicamente deprimida, esquizoidemente remota o declaradamente psicótica que de modos perturbadores e impredecibles los invadía con sus contenidos internos, ahora en cierto sentido hacían una identificación con el terapeuta; pero la hacían de la manera coercitiva, vengativa e invasora descripta por Bion¹.

Son pacientes que sólo en escasa medida han tenido un yo sano y que son, en cambio, una constelación de identificaciones vengativas con las demás personas, del presente y del pasado. Estas identificaciones, debido al odio, la culpa y el no elaborado pesar que acompañó su instalación en la personalidad del paciente, no son digeribles por el yo; de ahí sus esfuerzos inconscientes por librarse de ellas, por trasladarlas al terapeuta. En consecuencia, el terapeuta puede ver perturbado su sueño por el paciente que lo ha invadido y que ahora ocupa inquietantemente toda su vida.

En la medida en que el terapeuta que hace su análisis didáctico manifiesta esas defensas del yo al igual que los pacientes esquizofré-

¹ W. R. Bion: "Attacks on Linking", *International Journal of Psycho-Analysis*, 40 (1959), págs. 308-315.



nicos, y en el grado en que el funcionamiento del yo del analista didacta se apoya en buena medida en la introyección de las experiencias de los demás, éste puede sentir que los problemas colectivos —los componentes no curados— de todos los terapeutas que hacen con él su análisis didáctico le son atribuidos o canalizados como si fuera, de diversos modos, una fuente satánica de la cual irradia toda malevolencia, un oráculo y un curandero omnisciente o bien, en términos más mundanos, un abuelo omnipotente responsable. De modo semejante, la persona esquizofrénica cuyo funcionamiento del yo depende (como ocurre con todos los pacientes patológicamente simbióticos) de complementar los yoes incompletos de quienes lo rodean, luego de su vida cotidiana en un hospicio llegará a nuestro consultorio rodeado de los pacientes esquizofrénicos que son sus compañeros y en un sentido palpable llevará consigo a aquellos pacientes más urgentemente necesitados —de cierta manera, sus propios pacientes— con la ambivalente y secreta esperanza de que este terapeuta rival le transmitirá la cura para todos ellos, dentro de lo que sucede entre los dos participantes que se encuentran en el consultorio.

Los esfuerzos terapéuticos de un paciente no son menos válidos y reales que los propios. Las diferencias radican sobre todo en que 1) la identidad del yo del paciente es *predominantemente* como la de un terapeuta cuya esperanza de lograr un yo completo reside en su propio esfuerzo por complementar el yo incompleto de otra persona; 2) su esfuerzo en gran medida no es formulado como tal por él mismo, y no es compartido en la colaboración con colegas reconocidos, y 3) su esfuerzo en gran parte no es considerado por quienes lo rodean, incluido su terapeuta, un odiado rival que goza de la distinción de ser reconocido como terapeuta en el título sino —así está el paciente en gran medida determinado— en la eficacia funcional concreta.

El paciente patológicamente simbiótico, cuyo apremiante inacabamiento tiende a hacer que funcionemos de modo que se complete su totalidad —o que, por el contrario, reacciona ante nosotros como si fuéramos apremiantemente incompletos y necesitáramos de él para hacer de nosotros un todo— tiene una forma de relacionarse muy diferente del paciente que nos ataca sádicamente y nos viola con sus objetos introyectados. Pero estos estilos tan diferentes de relacionarse indican, según puedo discernir, un nivel similar de desarrollo incompleto del yo, y sin duda cualquier paciente manifiesta, en uno u otro momento, cualquiera de esas formas de relacionarse (como, desde luego, en un momento u otro, puede hacerlo el mismo terapeuta).

El sentimiento de amenaza que invade las sesiones con estos pacientes básicamente se relaciona, creo, con el sentimiento paranoide que tiene el paciente (aunque no lo haya formulado) de que si este esfuerzo de paciente y terapeuta por completarse mutuamente y lograr una única identidad conocida, como parte de una persona, se perderá.

Los pacientes paranoides más peligrosos, según mi experiencia, son los más extraordinariamente capaces de envolver al terapeuta en un conflicto intensamente ambivalente respecto de esta cuestión: es decir, que el paciente y el terapeuta sólo pueden existir psicológicamente si

logran y conservan la recíproca complementariedad; sin embargo, así como la incapacidad para complementar al otro significará la pérdida de existencia a través del no compromiso, así una complementación demasiado exitosa resultará para el paciente una pérdida, sin posibilidades de recuperación, de su propia individualidad como persona parcial.

En cuanto a los tipos de personas parciales que he encontrado en diversos pacientes patológicamente simbióticos quiero mencionar, como ejemplos, al paciente silencioso e inmóvil que es la propia carencia de vida de mi subjetividad, seguramente externalizada y apartada, aunque complementaria de las partes mías que resultan más fáciles de aceptar para mi propio sentido de la identidad del yo; el paciente fácil de rotular de loco, que representa mi propia locura subjetiva y reprimida; el paciente que tiene el carácter de un niño eterno, que personifica mi yo infantil perdido o, más probablemente, el niño que nunca fui pero que nunca perdió la esperanza de llegar a ser; el paciente que personifica a la mujer ideal fantaseada en el inconsciente que yo podría haber sido, de haber nacido mujer, o incluso —como ocurrió en un caso reciente—, el hijo de mi yo-mujer fantaseado; la paciente que guarda dentro de ella misma, si sólo yo puedo “curarla”, la llave para la realización de mis esfuerzos omnipotentes; el paciente que representa uno u otro de los ingredientes no humanos de mi pasado, ya se trate de un perro de juguete, árboles amados, cosas diabólicamente aterradoras o cualquier otro objeto; el paciente cuya inmutabilidad es mi inmortalidad, etc.

Tanto en mi trabajo analítico (es decir, terapéutico) como en el didáctico me he encontrado con muchos casos de pacientes que funcionan como si fueran el único vínculo entre el analista y un mundo real donde hay personas reales que están viviendo, dedicadas a hacer cosas y experimentando sentimientos. En pocas palabras, el paciente actúa como si él fuera la parte viva del analista, como si el analista sólo pudiera establecer contacto con la vida vicariamente, a través de la propia vida del paciente fuera del consultorio.

En parte ésta es una reacción realista del paciente ante los aspectos sedentarios, de reclusión, de la vida del analista, que el paciente puede conocer sólo dentro de determinados límites. Pero es más significativa la reacción de transferir al analista la personificación de los componentes más esquizoides, apartados, preocupados, de una u otra figura de las primeras etapas de la vida del paciente, y como si personificara, en el mismo sentido, el aislamiento de la vida propia del paciente. Es decir, el paciente proyecta en el analista su parte esquizoide, su parte que participa poco de su propia vida cotidiana.

De este modo, el paciente, al relatar diversos incidentes de su vida cotidiana, nos comunica de un modo que tiende a hacer que el analista se sienta un recluso en su desván, que secretamente cela de toda la vida que lleva el paciente; o es secretamente culpable por no sentirse lleno, como siente que debería estarlo, de alegría altruista por el paciente realmente narcisista que está inmerso en ese relato; o secretamente agradecido al paciente que le habla de un modo que le permite compartir el hecho de “revivir” el incidente. Ni el paciente sutilmente esquizoide ni el analista pueden comprender que el primero no está viviendo plena-



mente el incidente original que ahora es “revivido”, que sólo está viviéndolo por primera vez, en esta situación de “revivirlo” en conexión con el analista que personifica simbióticamente su propio yo esquizoide inconsciente y proyectado.

En una sesión con un paciente que tenía una profunda dependencia oral, me sentí considerablemente presionado por él a compartir la radiante alegría que lo embargaba ante sus inminentes vacaciones, hasta que pensé asombrado “¿Por qué debo estar yo contento? Son *sus* vacaciones, no *las mías*”. En su narcisismo, me había hecho sentir que su felicidad debía ser el centro de mi propia felicidad, y, por supuesto, al mismo tiempo me estaba haciendo sentir la inercia de la ansiedad de la separación que él estaba reprimiendo y proyectando en mí. En una sesión de supervisión, el analizando me comunicó una sesión reciente en la cual su paciente esquizoide le había descrito, de un modo muy vivido, divertido y absorbente, un partido reciente de bowling, de modo que mi analizando se había sentido allí, en la misma cancha de bowling, compartiendo la experiencia con tanto placer como supuestamente lo había tenido el paciente en la experiencia original. En la supervisión a menudo es el didacta quien, al hallar que es dejado como tercero por un analizando que goza volviendo a relatar esos datos (como lo sentí yo en ese caso), siente el aspecto esquizoide de la psicopatología del paciente que se había pasado por alto.

Mucho más a menudo el analista se pregunta cuál es su error cuando, sin ambivalencia, no goza de la información acerca de un incidente que le transmite un paciente que, respecto de la sesión anterior, revela una maduración recientemente lograda. El analista, por millonésima vez, se pregunta con inquietud si, en lo profundo, él no se opone básicamente a la salud; no se le ocurre la posibilidad de que la transferencia que le hace el paciente sea de carácter simbiótico, una transferencia en la cual el analista personifica el yo “más viejo” —más acostumbrado— del paciente, que tiende a sentirse dejado atrás, y celoso del nuevo crecimiento del paciente.

Autismo

El paciente que funciona autísticamente en la transferencia actúa, como ya lo he mencionado, como si él mismo fuera todo el mundo o, por el contrario, como si el terapeuta fuera todo el mundo. En otros casos, paciente y terapeuta funcionan como mundos separados e inconexos.

Entre paréntesis, creo que el paciente patológicamente simbiótico necesita llegar, gradual y lentamente, a experimentar en el análisis lo que podría llamarse un “autismo saludable”, una experiencia que es favorecida cuando el analista se muestra impermeable a los esfuerzos del paciente por obligarlo a amoldarse al tipo de relación patológicamente simbiótica que le es habitual. Ahora bien, al enfrentarlo con este muro de contención, el paciente es llevado a volverse sobre sí mismo y, con independencia de los cambios consecuentes que se produzcan en su interior, aparece la capacidad para mantener una relación simbiótica saludable con el analista.

Pero quiero referirme aquí a los pacientes que llegan a nosotros o

bien con un autismo que impregna manifiestamente su funcionamiento en la vida cotidiana, como ocurre en el caso de los pacientes esquizofrénicos más graves y crónicamente enfermos², o bien con un autismo que está presente de modos mucho más sutiles en el núcleo del funcionamiento del yo, como es el caso del paciente mucho menos enfermo, esquizoide o pseudoneuróticamente esquizofrénico. El paciente “como si” descrito por Helene Deutsch³, Greenson⁴ y otros debe ubicarse, dentro de este análisis, junto con los segundos, cuyo funcionamiento del yo está agrietado en sus cimientos por un autismo que, enmascarado en una vida cotidiana relativamente normal, surge con claridad en la evolución de su transferencia.

Muchos pacientes que parecen llevar vidas llenas de relaciones interpersonales relativamente activas y bien diferenciadas, cuando se los investiga más detenidamente, muestran vivir de un modo predominantemente autístico. Las que en sus vidas parecen ser relaciones interpersonales genuinas no son, en cambio, sino nuevas representaciones, inconscientemente fomentadas, de relaciones tempranas, cuya finalidad es lograr un sólido sentimiento de identificación con un padre distante en el tiempo. Esta identificación humana más temprana nunca se desarrolló lo suficiente como para que pueda decirse que el paciente tiene una identidad básicamente humana y es capaz de mantener relaciones interpersonales genuinas. (Estos son los pacientes a los que diagnosticamos de diversas maneras como personalidad esquizoide, esquizofrénico fronterizo, estructura caracterológica “como si” e histeria.)

Hace alrededor de 20 años comencé a ver manifestaciones de que el niño, inconsciente y patogénicamente, respecto de su padre no sólo se identifica con el agresor, sino, en particular, con los aspectos desapegados y remotos. Es como si la formación de esta identificación primitiva fuera el medio inconsciente que tiene el niño de ponerse en contacto con su padre en momentos en que éste es especialmente remoto e inaccesible.

Observé por primera vez este hecho en una paciente fronteriza que, de modo manifiesto y en detalle, había copiado inconscientemente el comportamiento de su padre en las épocas en que éste se mostraba psicológicamente más remoto, encerrándose en la fortaleza de su biblioteca. En otros momentos él le había proporcionado su más temprano modelo humano para la identificación, pues su más esquizoide madre era mucho menos utilizable para este fin. Por consiguiente, resultaba desesperadamente importante para la paciente conservar una imagen interna de su padre como fundamento para el desarrollo de su yo.

² En un trabajo publicado en 1961 describí a esos pacientes al referirme a lo que por entonces prefería llamar la fase de “desconexión” en la terapia de los esquizofrénicos. Véase H. F. Searles, “Phases of Patient-Therapist Interaction in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia”, *British Journal of Medical Psychology*, 34 (1961), págs. 169-193; reproducido en *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* (Nueva York, International Universities Press, y Londres, Hogarth Press, 1965), págs. 521-559.

³ H. Deutsch, “Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia”, *Psychoanalytic Quarterly*, 11 (1942), págs. 301-321.

⁴ R. R. Greenson, “On Screen Defenses, Screen Hunger and Screen Identity”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 6 (1958), págs. 242-262.



Entre paréntesis, creo que buena parte del comportamiento “como si”, que nos parece repelente y desdeñablemente “ridículo”, se relaciona con un temprano empobrecimiento en lo que respecta a modelos vivientes, humanos, para el comportamiento que, en el presente, el paciente siente necesidad de manifestar; en su necesidad de modelos adecuados, él debe recurrir a lo que ha visto en otros con los que no puede tener una auténtica identificación, o bien a personajes que ha visto sólo en el cinematógrafo o conoce por libros. Cuando se considera a los pacientes bajo esa luz, se desarrolla un sentimiento de compasión sumamente necesario en el trabajo con estas personas exasperantes.

Desde ese incidente que tuvo lugar hace alrededor de 20 años, muchas veces me encontré con casos de lo que podría llamarse sufrimiento masoquista, concretamente nacido de un esfuerzo inconsciente por consolidar trozos previamente no logrados de la necesaria simbiosis madre-hijo, con el fin de liberarse de un modo de funcionamiento del yo caracterizado básicamente por un temprano autismo infantil. Estoy convencido de que muchos casos aparentes de amor masoquista al sufrimiento en parte están motivados inconscientemente por lo que es, en lo fundamental, un esfuerzo saludable por lograr la identificación. Por ejemplo, un hombre, al describir una experiencia especialmente estéril y llena de desesperanza del día anterior, dijo con un tono de notable placer y sentimiento de realización: “Ayer me sentí como mi padre... estaba pensando: ‘¡Así debe ser como él se sintió siempre!’...” Una mujer, al describir una experiencia reciente de un conflicto mucho más íntimo en relación con su vida conyugal, dijo con un tono igualmente memorable de descubrimiento agradable y realización: “Pensé: ‘Dios, ¡esto debe de haber sido contra lo que luchaba mi madre!’” Otro hombre, diciendo que sus hijos le reprochaban su falta de amor hacia ellos, agregó: “Eso es lo que yo hice con mis padres, y ahora estoy comprendiendo qué se siente cuando los propios hijos le dicen a uno que no los quiere”.

A este hombre, como a algunos pero de ningún modo todos los pacientes a los que me estoy refiriendo, su padre le decía a menudo: “Espera y verás cuando *tú seas* padre, ¡entonces *tú* sabrás cómo se siente uno cuando sus propios hijos le dicen que no los quieren!” No estoy tratando de hacer justicia aquí a toda la compleja psicodinámica de este desarrollo desesperanzado y vengativo de la relación padre-hijo. Con toda seguridad, uno de los motivos resultantes en el niño es el esfuerzo por demostrar que el padre vengativo pero supuestamente omnisciente está, desde luego, en lo cierto; el niño, ahora cronológicamente adulto, tiene todavía la necesidad de conservar la imagen de un padre omnipotente en lo que respecta, por ejemplo, a esta supuesta omnisciencia concerniente al destino futuro de su hijo. Esta búsqueda del paciente esquizofrénico es una forma atemperada de la determinación que tiene el paciente esquizofrénico de vivir su vida de modo que dé realidad a lo que, concretamente, no son sino fantasías de una madre esquizofrénica ambulatoria, cuya locura el paciente aún no puede percibir.

Lo que quiero dejar en claro aquí es el esfuerzo inconsciente y básicamente saludable por obtener un mayor sentimiento de realidad inmediata respecto de lo que ocurría en el interior de un padre emocional-

mente inaccesible hace muchos años, tratando de manera inconsciente que las situaciones “interpersonales” presentes (por más dolorosas que sean) permitan ese descubrimiento.

Asusta ver hasta dónde pueden llegar los pacientes en este tenaz esfuerzo. Por ejemplo, una mujer hebefrénica con la que trabajé durante siete años al finalizar cada sesión decía alguna variante de: “¿Eso es todo, doctor?” A esta pregunta exasperantemente repetitiva solía contestar de diversas maneras, de un modo culpable y que trataba de ser amable, aburrido, disgustado o brusco. “Hay mucho más, pero éste es todo el tiempo de que disponemos hoy”, o “Por supuesto, eso no es todo, pero ahora tenemos que terminar”, y cosas por el estilo. Con toda seguridad, di docenas de breves respuestas diferentes a esta pregunta cuando abandonaba su cuarto, donde debían realizarse las sesiones debido a la gravedad de sus síntomas esquizofrénicos. Sólo después de varios años supe que, en todos los casos, había tratado de llevarme a decir: “Con eso queda arreglado”, una expresión que usaba a menudo una de sus hermanas, la más sana y, por ende, la más factible como objeto de identificación entre los demás miembros de su familia. Entonces comprendí un poco mejor por qué, cuando me iba del edificio donde ella vivía, podía oír cómo gritaba furiosa en su cuarto; nunca había logrado, en ese centenar de horas, hacerme decir: “Con eso, queda arreglado”, y así favorecer la identificación que ella estaba tratando de alcanzar. Este es sólo un ejemplo de la medida en que la vida de esta mujer estaba entregada a esos juegos. Durante alrededor de diez años había estado casada con un hombre que en nada compartía su amor por el arte, y una vez me había hecho comprender qué triunfo memorable había sido para ella lograr que su marido, evidentemente sin notarlo, hiciera alguna manifestación acerca del arte, con interés y de un modo que a él le parecía espontáneo.

El niño que en años posteriores se esfuerza inconscientemente por experimentar, de primera mano, lo que su madre (o su padre) solía sentir en determinadas situaciones no sólo está tratando de construir con mayor solidez un yo propio, sino que también está tratando de complementar el yo incompleto de su madre. El padre que una vez dijo: “Espera... ya sabrás cómo se siente uno...” no sabe él mismo, en el sentido de un sentimiento pleno, de qué manera siente esa situación inmediata, y en cierto sentido está pidiendo al niño que algún día descubra cuáles son sus inaccesibles sentimientos; es decir, los de su padre. Un padre así se conduce en relación con su hijo del mismo modo en que una mujer hebefrénica se conducía con relación a mí. Esta mujer, una hebefrénica con la cual trabajé casi durante quince años, evidentemente tenía enormes dificultades para experimentar y diferenciar sentimientos. Durante años, inconscientemente había negado tener este problema. Por último, un día, al describir alguna situación cotidiana en el sanatorio, dijo, con un vehemente tono de protesta: “¿Cómo piensa usted que yo me siento?” Esta frase hecha parecía destinada a hacerme pensar que ella tenía plena conciencia de su ira; pero sentí que estaba tratando de hacer pasar por alto, como de costumbre, hasta qué punto desconocía sus propios sentimientos. Yo contesté: “Supongo que le es difícil saber cómo se



siente, ¿no es así, Margaret?”, a lo que ella contestó muy concienzuda y, según mis sentimientos, útilmente: “Sí, supongo que me resulta difícil saber cómo me siento”.

Invariablemente, cuando el paciente dice: “¡Ahora sé cómo se sentía mi madre (o padre)!”, lo dice en un tono tal de realización que deja en claro que este descubrimiento manifestado fue buscado durante tanto tiempo, fue tan acariciado, como para que valgan la pena todos los años de lucha, los del tratamiento y los anteriores.

Presentaré ahora algunos ejemplos de modos de experiencia autísticos hallados en mis pacientes. Una mujer joven ansiaba conscientemente provocar en mí respuestas emocionales, y repetidas veces expresaba sentimientos de dolor, ira, insatisfacción, desilusión y desaliento ante mi silencio. A pesar del material que presentaba, a pesar de ser en muchos sentidos analíticamente rica, no me permitía hacer interpretaciones de la transferencia. Gradualmente me resultó evidente que cuanto más se desarrollaba el análisis de tal modo que ella parecía la única persona participante, más floreciente se la veía, y que las respuestas que conscientemente deseaba de mí eran inconscientemente rechazadas por ella como intrusiones en la experiencia que tenía de sí misma como un mundo-yo oceánico. Un paciente dio un indicio de este mismo deseo inconsciente de ausencia de toda relación interpersonal al decir: “los sentimientos que existen entre usted y yo”. Lo notable fue el tono con que dijo esta frase aparentemente olvidable; un tono que ponía de manifiesto que, inconscientemente, estaba diciendo: “...las indeseables barreras que existen entre usted y yo”.

El paciente sumergido en el autismo tiene una experiencia tan compleja que el analista puede ser experimentado sólo como una matriz abarcadora que no debe separarse y agregarse a una complejidad que ya es agobiante. Por ejemplo, un paciente que se experimenta como un cambiante flujo de inconexas sensaciones somáticas, pensamientos, imágenes, recuerdos, etc., no está en condiciones de escuchar y utilizar una interpretación verbal del analista. Pero, al mismo tiempo, ese paciente puede estar muy preparado para captar cualquier sonido, cualquier movimiento del analista como si se tratara de una ansiada boya dentro de su mistificado mundo. En este sentido, actúa como si el analista fuera omnipotente, fuera la única realidad y abarcara todo el mundo. El paciente puede experimentarse a sí mismo sólo como un apéndice o un reflejo de ese mundo, un mundo del cual debe partir toda iniciación de pensamientos y sentimientos. No experimenta sentimientos y pensamientos propios, de modo que, en su confusión, escudriña ese mundo del analista para ver si puede discernir lo que se requiere de él, luego sabrá cómo sentir y qué pensar. Y a ello atribuye toda su responsabilidad por ser. Una esquizofrénica crónica, al ver a través de la ventana grandes árboles que mecía el viento en los terrenos del sanatorio se preguntó si mi acondicionador de aire los haría mover, y cada vez que oía su sonido proveniente de alguna otra parte del edificio donde se encontraba mi consultorio, o de muy lejos, preguntaba inmediatamente: “¿Qué es eso, doctor Searles?” como si yo, desde luego, lo supiera instantánea-

mente, como si fuera omnisciente, como si mis ojos y mis oídos se extendieran a todas partes.

Una mujer, hebefrénica desde hacía mucho tiempo, dijo: “Si la gente piensa que soy una prostituta, actuaré como una prostituta”, como evidentemente lo hizo. Había en esto mucho más que mero rencor; no se sentía capaz de ser otra cosa que aquello que el mundo exterior le pedía que fuera. En otro momento dijo: “La gente piensa que soy loca; por lo tanto, actúo como una loca”.

Esta misma mujer dijo una vez de uno de mis colegas en el sanatorio, al cual se sintió tenaz e insensatamente apegada durante años, “El doctor Edwards ve el mundo a través de mí”. Durante su niñez había visto el mundo a través de los ojos de sus padres hasta que, entre los 10 y los 20 años, su desilusión por él hizo que su mundo, y su frágil yo fundado y estructurado sobre ese mundo, se hicieran pedazos.

Durante el quinto mes de trabajo, otra hebefrénica dijo, en medio de su habitual charla desordenada: “Me siento como una muñeca de porcelana hecha pedazos”. Lo dijo con un semblante y un tono de desamparo y desesperación. Luego, habiendo pasado alrededor de tres años de terapia, tuvo lugar una sesión después de una visita del padre que había idealizado en el pasado, que la visitaba con intervalos de varios meses, y hacia el cual había empezado a experimentar algo de la ira y el desprecio subyacentes a su idealización. Comenzó diciendo algo acerca de cómo le había parecido y cómo se había comportado él durante la visita, para exclamar luego, en un tono de asombro y descubrimiento: “¡Eh, él es realmente como un niño!”, y unos minutos después de pronto se tomó la frente, exclamando con terror y angustia: “¡Toda mi frente está hecha pedazos!” Me asombró, pero comprendí que sus palabras surgían de una experiencia tangiblemente somática, de la destrucción de una imagen idealizada de su padre; es decir, de la destrucción de una imagen introyectada de él, una imagen que había formado parte de su propia imagen corporal. Considerándolo retrospectivamente, parece muy posible que el hecho de experimentarse a sí misma como una “muñeca de porcelana hecha pedazos” haya sido, de modo semejante, un producto de su lucha por enfrentarse con los sentimientos de desilusión por alguna persona exterior, mediante la introyección de esa imagen ahora destruida en su propia imagen corporal.

Otra mujer hebefrénica, cuyo esposo no satisfizo sus esperanzas de que la rescatara de una larga hospitalización, pero que en cambio se divorció de ella varios años después, llegó a experimentar que pequeños fragmentos de él estaban diseminados por sobre todo el terreno del sanatorio. Hizo una mención relativamente casual de esta experiencia, a la que —como a todas sus experiencias— al parecer la consideraba como algo manifiesto para su omnisciente terapeuta. Hallé muchos indicios de que esta percepción se basaba en parte en los sentimientos asesinos, todavía inconscientes que abrigaba hacia él. Pero el tono de sentimiento dominante en su observación casual era memorablemente conmovedor; esto me hizo comprender por un momento hasta qué punto



se sentía incapaz de enfrentarse con sus devastadores sentimientos de desilusión y de pérdida respecto de él. Necesitaba percibirlo como algo de una vasta extensión, algo semejante a un invisible manto de copos de nieve que se extendía sobre todo, y sobre el lugar donde ella estaba, antes que —según lo era realmente— como una persona lejana y del pasado.

Los pacientes autistas tienden a suponer que, esencialmente, su comportamiento no tiene efectos sobre el analista, y que cualquier efecto que podría llegar a tener sería un impacto destructor para este mundo-matriz-analista. Los datos acerca de sus relaciones familiares muestran cuánto distan estas convicciones de ser fantasiosas. Una mujer hebefrénica, según la descripción de un asistente social, había vivido como la débil sombra de su madre. Durante meses de trabajo conmigo lo único que había podido decir sobre su vida era: “Fui al almacén de la esquina”. Casi todo lo que decía durante las sesiones lo expresaba de un modo sumamente tentativo, en la forma de una pregunta dirigida a mí. Parecía evidente que cualquier acción propia equivalía a una temible locura. Su padre, rigidamente controlado y controlador, había rehusado durante mucho tiempo dejarla ver a su madre; estaba convencido de que el verla “cambiada”, “haría pedazos” a la madre. Años más tarde, después de que ella hubiera mejorado muy notablemente, el padre me confió su persistente temor de que la menor palabra de la hospitalización de su hija en Chesnut Lodge llegara a la universidad donde el hermano de la paciente ocupaba un puesto prestigioso. “Hubiera sido terrible para Leonard”, dijo.

Una mujer de alrededor de 20 años con una estructura de carácter fronteriza manifestó una resistencia casi pétreo al análisis hasta que, después de varios años, pudimos explorar gradualmente la identificación con su madre esquizoide que había formado el núcleo de su propio modo autista de actuar en el análisis y en otras partes. Ella me dijo entonces, con exasperación y desesperada intensidad: “Tengo la súbita convicción de que, para crecer, debo anular a mi madre; pero mi madre es una cosa que impregna todo... una detestable parte de mí misma; es como una piedra...” Durante la sesión del día siguiente, me comunicó con un tono similar: “Cada vez que pienso en mi madre, pienso en pequeños fragmentos... ella es algo que debo encerrar de algún modo... es explosiva... es amenazante...” Durante años, en la transferencia había reaccionado respecto de mí como si fuera una madre semejante, una fuerza peligrosa que debía controlar tan estricta e incesantemente que apenas podía darse el lujo de tener alguna espontaneidad emocional propia, pues de otro modo yo explotaría. Sus ideas tan conflictivas acerca de su madre como algo no humano, ya sea en la forma de algo que inevitablemente lo impregnaba todo, de una piedra inflexible y enloquecedora o de fragmentos peligrosamente explosivos, son asombrosamente similares a los datos que me transmitieron otros pacientes con enfermedades de gravedad muy diferente.

En mi monografía de 1960 incluí muchos datos significativos para este tema, concierne a pacientes que, en la transferencia, ven al ana-

lista como algo no humano⁵. Rosenfeld⁶ y Little⁷ se encuentran entre los autores que han comunicado fenómenos clínicos conexos.

A medida que pasan los meses y los años de trabajo analítico con pacientes autistas, el terapeuta tiende a sentirse innecesario, incompetente, inútil, insensible y esencialmente inhumano, en relación a un paciente tan problematizado, suplicante y acusador, pero tan persistentemente autista. Es esencial que el analista pueda soportar este largo período —un período en el cual, a pesar de disponer quizás de abundantes datos del paciente, las interpretaciones transferenciales raramente son factibles— con el fin de que la regresión transferencial del paciente pueda arribar al nivel temprano de su desarrollo del yo en el cual, durante la infancia o los primeros años de la niñez, sus capacidades para lograr una saludable simbiosis madre-hijo resultaron distorsionadas y convertidas en un modo defensivamente autista de funcionamiento del yo. En este nivel de desarrollo del yo, el infante o niño pequeño todavía no ha logrado una diferenciación perceptual y experiencial entre él mismo y su madre, ni *entre su madre y el mundo circundante no humano*. Cuando en la transferencia ese temprano nivel de funcionamiento del yo se hace accesible, es posible que tengan lugar entre el paciente y el terapeuta procesos terapéuticamente simbióticos, y sean interpretables como tal. En su debido curso, esta etapa de simbiosis terapéutica dará con el tiempo acceso a la etapa de individuación.

⁵ H. F. Searles, *The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia* (Nueva York, International Universities Press, 1960).

⁶ H. A. Rosenfeld, *Psychotic States-A Psychoanalytical Approach* (Nueva York, International Universities Press, 1965).

⁷ M. Little, “Transference in Borderline States”, *International Journal of Psychoanalysis*, 47 (1966), págs. 476-485.