



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 PATOLÓGICA Y AUTISMO

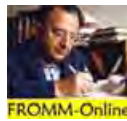
Harold F. Searles

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 co-localiza 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

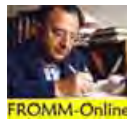
logran y conservan la recíproca complementariedad; sin embargo, así como la incapacidad para complementar al otro significará la pérdida de existencia a través del no compromiso, así una complementación demasiado exitosa resultará para el paciente una pérdida, sin posibilidades de recuperación, de su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