



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 pronunciamentos 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 olvide 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 perversa 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 pseudo "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,