

## ¿Qué nos ha enseñado H.F.Searles? Una revisión de su práctica clínica

Francisco Balbuena Rivera<sup>1</sup>

*Universidad de Huelva, España*

En este trabajo se revisa la obra intelectual y clínica de Harold F. Searles, figura destacada en el campo psicoanalítico contemporáneo, quien en su abordaje de la esquizofrenia y el trastorno límite ofrece técnicas y estrategias psicoterapéuticas con las que encarar el trabajo clínico con tales pacientes. Se parte para ello de sus escritos técnicos, compilados fundamentalmente en libros, advirtiéndose el papel crucial que confiere a la contratransferencia, que analiza profundamente, dadas las dificultades técnicas y repercusión emocional que ésta tiene tanto en clínico como en paciente.

**Palabras clave:** H. F. Searles, esquizofrenia, borderline, contratransferencia

In this paper we revise the intellectual and clinical work of Harold F. Searles, a leading figure in the field of contemporary psychoanalysis, who in his approach to schizophrenia and the borderline disorder provides techniques and psychotherapeutic strategies for facing to the clinical practice with those patients. For it, we are guided by his technical writings compiled mainly on books. Derived from them, one can perceive the crucial role that Searles confers to the countertransference which examines in depth, given the technical difficulties as well as emotional impact that the countertransference impose on the clinician and the patient.

**Key Words:** H. F. Searles, schizophrenia, borderline, countertransference.

*English Title:* What has H. F. Searles taught us? A review of his clinical practise

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Balbuena Rivera, F. (2016). ¿Qué nos ha enseñado H.F. Searles? Una revisión de su práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (1): 247-261. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2016.100117

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Facultad de Educación. Avda. Tres de Marzo s/n. 21007-Huelva. Correspondencia con el autor: Francisco Balbuena Rivera, C/ Gólgota, nº 8, 2-D; 41007-Sevilla

### **Punto de partida**

La condición esquizofrénica, aun con los hallazgos alcanzados acerca de su etiopatogenia y curso ulterior, sigue siendo un enigma para el clínico. Por ello, en línea con quienes desde el saber psiquiátrico u otros saberes cercanos abordan tal estructura psico(pato)lógica haciendo uso también de técnicas psicoterapéuticas, se revisa aquí la práctica clínica de Searles, que, hasta su jubilación, dedicó todos sus esfuerzos a mitigar el dilema necesidad-temor que caracteriza al sufriente psicótico.

El inicio de tal vocación psicoterapéutica se sitúa al término de la 2ª Guerra Mundial, cuando Searles (1918- 2015), quien había finalizado sus estudios de medicina en 1943, abandona su interés por la medicina interna para llegar a ser psiquiatra, comenzando después su formación psicoanalítica. El lugar elegido para ello es el *Washington Psychoanalytic Institute* (Castaño y Ávila, 2013), en donde su analista didacta es E. Hadley y sus analistas supervisores E. Weigert, R. A. Cohen y W. G. Whitman (Souffir, 2005). No obstante, lo que llevará a Searles a interesarse en la psicosis serán sus años formativos en Chesnut Lodge, un hospital mental privado donde estará como médico egresado en formación de 1949 a 1951, y después, de 1952 a 1964, ya como profesional de la plantilla. Pues, en Chesnut Lodge, Searles, como otros, se beneficiará del talentoso magisterio de Frieda Fromm-Reichmann, que trabajó allí desde 1935 a 1957, en que fallece (Balbuena, 2011; 2013a). Con todo, como pronto expondremos, la valoración que él hace de Frieda entremezcla gran estima con cierta hostilidad.

Ya más cerca a la fecha actual, tras una extensa carrera profesional, en la que alterna docencia con praxis clínica, debido a problemas oculares provocados por un desprendimiento de retina, Searles cesa en su actividad a mediados de los años 90, retirándose en 1997 con su esposa Sylvia a Davis, California. Fallecida ésta en 2012, Searles se trasladó a vivir con el menor de sus hijos, Donald, a Los Ángeles (EE. UU) (Silver, 2013. Comunicación personal), donde ha fallecido el 18 de noviembre de 2015.

Antes de ello, en abril de 2014, conocida la dirección postal de Searles, a través de una antigua analizada suya, la doctora Anne-Louise Silver (Silver, 2012), le escribimos dos veces, tratando así de obtener algunas respuestas del propio Searles mientras realizábamos este trabajo de revisión. Desafortunadamente, ambas misivas nos fueron devueltas. Comentando tal hecho con Silver, ésta nos confesó que había sabido que Searles estaba muy delicado de salud, pudiendo atribuirse a esto la devolución de mis cartas, aunque también me decía que ya en los años 70 del pasado siglo, al jubilarse, Searles expresó que no deseaba que nadie contactara con él (Silver; 2014. Comunicación personal). Sea como fuere, quienes sí han tenido la posibilidad de conocer a Searles en persona, lo describen como alguien muy

honesto, intuitivo y receptivo con los pacientes (Silver, 2012). Tal valoración coincide con las expresadas por el psiquiatra A. Hobson y la terapeuta J. Dryfoos, testigos oculares de sus entrevistas con pacientes psicóticos (Dolnick, 1998).

Con todo, la relevancia de su obra clínica pasó desapercibida hasta que en la década de los 80 del siglo XX la contratransferencia se tornó un objeto de atención preferente para la psicoterapia, de la que ya poco antes Searles se había ocupado en *Contratransferencia y materias relacionadas. Artículos seleccionados* (1979). Asimismo, jungianos y analistas como R. Langs o P. Casement se han interesado por difundir la obra clínica de Searles (Castaño y Ávila, 2013; Young, 1995), como muestra la extensa entrevista que le realizó Langs inserta en el libro *Dimensiones intrapsíquicas e interpersonales del tratamiento* (Langs y Searles, 1980).

De tal diálogo, merece destacar la apertura y honestidad de Searles, que, a petición de Langs, indaga en sus antecedentes familiares, abordando después las vicisitudes personales y profesionales que le condujeron a convertirse en psiquiatra y psicoanalista. Es interesante a este respecto señalar la ambivalencia que sintió al ser psicoanalizado por E. Hadley, proceso que duró de 1947 a 1953 (Souffir, 2005), como al modo en que finalizó tal análisis y lo que de éste quedó inconcluso. Previo a ello Searles había acudido a E. Weigert, quien le aconsejó buscar un analista, al advertir en él una clara neurosis obsesivo-compulsiva. Tras tantear varios analistas, Searles inició su análisis con Hadley, siendo entonces consciente de los impulsos asesinos que albergaba hacia su padre, a quien calificaba de cerdo chovinista, y que, al igual que su madre, exhibía un carácter esquizoide (Langs y Searles, 1980).

Dicho esto, para responder a la pregunta que abre este trabajo, revisaremos primero los escritos técnicos de Searles, para después los de otros analistas que se han basado en su praxis clínica. Comenzaremos, así, por *El entorno no humano en el desarrollo normal y la esquizofrenia* (Searles, 1960), del que ya en 1955 Searles halló un atisbo de las ideas que luego en él desarrollaría mientras escuchaba una charla de Erving Goffman en Chesnut Lodge. En ella, éste describía y reflexionaba acerca de algunos pacientes psiquiátricos que eran tratados por el personal que debía cuidar de ellos como seres infrahumanos o cosas y no como personas (Searles, 1960).

### ***La importancia del entorno no humano en el psiquismo del sujeto***

De este asunto, materializado en el ensayo arriba referido, Searles mostró a Frieda Fromm-Reichmann unas páginas que perfilaban los temas a desarrollar. A ella también le

reconoce su labor para obtener una beca del *Foundations' Fund for Research in Psychiatry*, que financió tal ensayo, aunque el desembolso lo llevó a cabo la *Washington School of Psychiatry* (Searles, 1960). Escribir tal libro, según Searles, le permitió saber más de su propia tendencia a aislarse, sintiéndose muy molesto cuando supo que su libro pasó inadvertido para E. Jacobson o M. Mahler, cuando él lo juzgaba una aportación al psicoanálisis infantil (Langs y Searles, 1980). Más tarde, Searles se inspiraría en Margaret Mahler para conceptualizar las fases que paciente-terapeuta atraviesan en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica, arremetiendo contra Edith Jacobson por sus ideas simples y erradas acerca del papel que la temprana simbiosis madre-hijo juega en el origen del *self* (Searles, 1979).

En esos años, no hay que olvidar, Searles era aún testigo en encuentros de la API del escepticismo que analistas freudianos como R. Waelder manifestaban al uso del psicoanálisis con pacientes psicóticos (Searles, 1992), confesando Searles la animosidad que llegó a tener hacia F. Fromm-Reichmann, al salpicarle a él y a otros las críticas que ésta recibía (Langs y Searles, 1980). Pronto, sin embargo, Searles advertiría que lo que realmente subyacía era la firme oposición de tales analistas a que la técnica psicoanalítica clásica se adaptara y usara con sujetos psicóticos.

Vayamos ahora a su contenido. El *entorno no humano*, bajo el que nuestro autor incluye tanto las formas de vida animales y vegetales, como los escenarios naturales en que éstas se desarrollan, conforma un conjunto de variables que según él no han recibido la debida atención, según evidencia la literatura psicoanalítica, centrada en los conflictos intrapersonales e interpersonales que a todo sujeto aquejan. Frente a esto, propone investigar también la influencia que el entorno no humano ejerce en la vida psíquica y emocional, al juzgarlo un factor real de prognosis en el caso de los enfermos mentales. De esta forma, el saber psiquiátrico trasciende para Searles la concepción de H. S. Sullivan, quien, en sus años finales, lo limitó al terreno de la cultura y los sujetos. Y, aunque dentro de la cultura Sullivan implícitamente incluyó la influencia que el entorno no humano pudiera ejercer sobre el sujeto, Searles lo hizo de forma explícita, al advertir, en su praxis clínica y en la vasta literatura revisada, la escasa atención que tal temática había recibido en el campo clínico (Searles, 1960; Young, 1995; 2000).

Esta matización realizada por Searles respecto a Sullivan muestra el profundo conocimiento que tenía de su pensamiento, pues fue alumno suyo mientras se formaba como psicoanalista (Langs y Searles, 1980), sin por ello *juzgarse a sí mismo sullivaniano* (Searles, 1979). Sobre Sullivan recomendamos un trabajo reciente que se ocupa de su labor pionera con sujetos que padecen psicosis (Balbuena, 2013b).

Pero volvamos al entorno no humano, que Searles rastrea hasta las fases evolutivas más tempranas, donde se preforma el futuro individuo, que, antes de autonomizarse y saber del Otro, convive fusionado con la realidad externa, de la que no tiene consciencia, como tampoco de su mismidad. Sólo después, cuando el sujeto es capaz de percibir los límites que le separan de otros y del entorno, tomará progresiva consciencia de su *self* y de la realidad circundante.

No obstante, puede ocurrir que ese logro evolutivo se malogre, como ocurre cuando una persona enferma mentalmente, quedando sumida en un estado de no-diferenciación con el entorno, que en los casos más severos puede llevar a la pérdida del contacto con la realidad y el retorno a un funcionamiento psíquico arcaico. Ejemplo de ello es el sufriente psicótico, quien para Searles concibe al Otro como un objeto, sintiéndose él también cosificado por el Otro, de ahí su urgente deseo inconsciente de llegar a ser algo no humano. Lo que el psicótico intenta paliar así son los estados afectivos intolerables que le asedian, a la vez que modificar la dinámica intrapersonal e interpersonal que guía su estar-en-el-mundo. Y si hacer esto supone para el psicótico una tentativa adaptativa, para quien lo atiende es un grave cataclismo psíquico. Searles propone para su recuperación que el psicótico reexperimente en la terapia una regresión filogenética, esto es, un retorno a cada una de las fases evolutivas que deben recorrerse hasta lograr la total humanización (Searles, 1960).

### ***La simbiosis paciente-terapeuta: vicisitudes en el progreso de la cura***

Las reflexiones de Searles en *Artículos selectos sobre la esquizofrenia y asuntos relacionados* (1965), sugieren en cierta medida la disolución de los roles fijos que analista y analizado despliegan en el *setting* clínico, de una manera semejante al análisis mutuo ferenciano que tanto disgustaba a S. Freud por su carácter de *experimento clínico*. Esta obra reúne 24 trabajos publicados entre 1951 y 1964, y existe traducción al castellano intitulada *Escritos sobre esquizofrenia*, publicada por la editorial Gedisa en 1980.

De tal traducción debe decirse que es muy incompleta, pues incluye sólo 7 de los 24 trabajos originales. De igual modo, también se suprimió la introducción editorial de J. D. Sutherland, el prefacio de R. P. Knight y la excelente introducción del propio autor comentando los ensayos (pp. 19-38).

Más que analizar los 24 ensayos en orden de aparición, entresacaremos lo que juzgamos sus mayores aportaciones teórico-técnicas, basándonos para ello en la

introducción del propio Searles, donde adelanta algunas de las ideas que luego desarrollará en el texto.

En línea con el *análisis mutuo*, cabe resaltar lo que el autor sugiere acerca de los perfiles que separan y distinguen al terapeuta del paciente, merced a lo cual el primero goza de un estatus de saber y autoridad frente al otro. Searles discute seriamente esta idea, al haber descubierto en su praxis clínica cómo los roles de clínico y paciente se desdibujan. Después seguirá desarrollando este argumento en los artículos que reúne en otro libro (Searles, 1979): *El paciente como terapeuta para su analista* (1975), *El desarrollo de la esperanza madura en la relación paciente-terapeuta* (1977a) y *La observación participante del analista como influenciada por la transferencia del paciente* (1977b). Como rasgo común de todos ellos destaca el rol crucial que Searles confiere al analista en el trabajo clínico con sujetos psicóticos, teniendo en cuenta la firme coraza que erigen ante todo intento psicoterapéutico de acceder a su psiquismo.

Para romper tal coraza, el analista, objeto externo y extraño para el psicótico, va convirtiéndose poco a poco en parte del *self* del paciente, quien, para controlar al analista, requiere incorporarlo a su psiquismo. Dando cuenta de ello está el escrito de Searles titulado *Datos relativos a ciertas manifestaciones de incorporación* (1951), inserto en Searles (1965), libro donde laten ya algunas ideas vinculadas a la oralidad y el uso precoz de mecanismos de defensa como la incorporación, prototipo corporal de la identificación e introyección.

Bajo esta óptica, el psicótico, confundido y perplejo, es un prisionero del presente, de la experiencia inmediata, que teme los cambios actuales como los recuerdos que en su interior amenazan alterar su vida presente, aferrándose a la inmediatez y a su analista para ser *liberado*. De esto último, Searles da cuenta en *Procesos de dependencia en la psicoterapia de la esquizofrenia* (1955), mientras que de los estados internos trata en *Acerca de una función psicodinámica de perplejidad, confusión, sospecha y estados mentales vinculados* (1952). Ambos artículos aparecen incluidos en el libro de 1965.

Esas necesidades de dependencia, irrenunciables para el esquizofrénico, implican depositar una gran angustia sobre el terapeuta, que éste tramita sintiéndose compelido a ayudar a su paciente. Pero si el terapeuta es capaz de sobrellevar la angustia, podrá optar por desalentar en el sufriente psicótico toda tentativa vinculada con esas necesidades vitales, como se ilustra en *Desdén, desilusión y adoración en la psicoterapia de la esquizofrenia* (1962; en Searles, 1965).

En cualquier caso - gratifique o frustre - lo que todo terapeuta aprende es a percatarse de la inconsistencia de su proceder clínico, al actuar a veces ante similar conducta gratificando al psicótico, y declinando en otras el atender sus exigencias. Searles nos habla

de cómo afrontar esto, en *El lugar de las respuestas neutrales del terapeuta en la psicoterapia con el paciente esquizofrénico* (1963a). Pero más allá de ello, lo esencial para Searles es la eficacia terapéutica si se interviene de una u otra forma, dada la relación ambivalente y culposa que el psicótico mantiene con sus necesidades de dependencia, causa de sufrimiento psíquico, que, al no poder ser gestionadas, le generan una gran rabia y frustración. Véanse al respecto los artículos *La psicodinámica de la venganza* (1956; en Searles, 1965) y *Violencia en esquizofrenia* (1973; en Searles, 1979).

En especial el terapeuta novel, dará información a su supervisor de este y otros asuntos semejantes, pues Searles sugiere que los procesos que habitualmente operan en la relación terapeuta-paciente aparecen también reflejados en la relación entre terapeuta y supervisor. Véanse al respecto dos trabajos incluidos en Searles (1965): *El valor informacional de las experiencias emocionales del supervisor* (1955) y *Problemas de la supervisión psicoanalítica* (1962b). En ellos se indica que el analista supervisor, más que analizar los fenómenos contra-transferenciales que el supervisado exhibe con su paciente, debe analizar el *proceso reflexivo*, esto es, lo que resuena del vínculo entre el analista y su paciente en la relación supervisor-supervisado.

Lo que subyace en tal *proceso reflexivo* es una identificación inconsciente entre una porción de la personalidad del paciente y su equivalente en el terapeuta, cuyo contenido, constituido por emociones reprimidas y disociadas, está próximo a irrumpir en la consciencia, generando en el terapeuta una ansiedad similar a la que vivencia el paciente, de ahí el paralelismo. Asimismo, el terapeuta influye en el paciente, que en su interior *siente* la ansiedad de aquél. Searles dedica a este proceso bidireccional su trabajo intitulado *La vulnerabilidad del esquizofrénico a los procesos inconscientes del terapeuta* (1958a; en Searles, 1965).

Ahora bien, no es el terapeuta el único a quien el sujeto psicótico muestra su vulnerabilidad, al proyectar - pero también incorporar - contenidos mentales propios y ajenos. De ahí que Searles plantee la idea de que las alucinaciones psicóticas representan no sólo una proyección de sentimientos, sino también una encarnizada lucha del psicótico para incorporar en sí sentimientos disociados de la misma clase que los que el terapeuta siente hacia él. Las precoces relaciones de apego sirven de prototipo de tal proceder vincular. Entre ellas destaca la figura materna, juzgada por Searles como una persona con dificultades en el maternaje, sin que ello implique que sea la causante de la psicosis de su vástago, sino sólo alguien - añadimos nosotros - que fracasa en la tarea de ser la *madre suficientemente buena winnicottiana*. Estas ideas toman forma en los escritos técnicos: *Sentimientos positivos en la relación entre el esquizofrénico y su madre* (1958b) y *La evolución de la transferencia materna*



en la psicoterapia con el paciente esquizofrénico (1961a), (incluidos en Searles, 1965), donde se constata la presencia de los afectos positivos - y no sólo negativos - entre madre e hijo, como entre terapeuta y paciente psicótico, dando así carácter de normalidad a ambos tipos de relaciones interpersonales.

La madre del sujeto esquizofrénico, por tanto, es concebida no sólo en su faceta negativa, sino también positiva, como agente dinamizadora del cambio cognitivo y afectivo de su hijo, proceso en el que otros pueden ayudar, según muestra el artículo *Las contribuciones del tratamiento familiar a la psicoterapia de la esquizofrenia* (1964; en Searles, 1965). Los tempranos cuidados maternos son vistos como una más de las muchas variables presentes en el origen y desarrollo de la psicosis, como se argumenta en *El esfuerzo para conducir a otra persona hacia la locura –un elemento en la etiología y psicoterapia de la esquizofrenia* (1959a; en Searles, 1965).

De vuelta al proceso terapéutico y sus vicisitudes, merecen destacarse dos trabajos más (en Searles, 1965): *Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica* (1961g) y *Psicosis de transferencia en la psicoterapia de la esquizofrenia* (1963b). En el primero, Searles "recrea" aquellas experiencias conjuntas que madre-niño vivenciaron para que éste construyera su ego y se individualizara de la figura materna. Al iniciar el tratamiento el terapeuta se encuentra, por tanto, con la secuencia invertida de fases que el paciente transitó hasta instaurarse su psicosis (simbiosis pre-ambivalente, simbiosis ambivalente y fase de fuera de contacto). A esta última, en lugar de "fase autística", Searles (1965) prefiere llamarla "fase de fuera de contacto", para así mostrar su disconformidad con los presupuestos freudianos que sólo conciben la vida psíquica del esquizofrénico en términos de retirada autística y libidinal. De igual modo, años después, dada la dificultad para discriminar la simbiosis pre-ambivalente de la ambivalente, bajo la etiqueta de simbiosis terapéutica, Searles (1961g; en Searles, 1979) incluirá la simbiosis pre-ambivalente y ambivalente.

Establecido el vínculo, el trabajo terapéutico con el esquizofrénico girará en torno a la resolución de la simbiosis y el logro de la individuación. De las vicisitudes previas hasta lograr tales objetivos se habla en los siguientes trabajos recopilados en Searles (1979): *Autismo y la fase de transición a la simbiosis terapéutica* (1970), *Simbiosis patológica y autismo* (1971), *Acerca de la simbiosis terapéutica: el paciente como terapeuta simbiótico, la fase de simbiosis ambivalente y el papel de los celos en el ego fragmentado* (1972a), *La función de las percepciones realistas del paciente y del analista en la transferencia delusiva* (1972b), *Procesos inconscientes en relación a la crisis del entorno* (1972c), *Algunos aspectos de la fantasía inconsciente* (1973) y *Fenómenos transicionales y simbiosis terapéutica* (1976). De igual modo,



en fecha más cercana, cabe también consultarse el trabajo de V. Gonella (2005) *La contribución de Harold Searles a una relación terapéutica emergente con un hombre esquizofrénico*.

En cuanto a *Psicosis de transferencia en la psicoterapia de la esquizofrenia* (1963b; en Searles, 1965), resaltan las 4 variantes de psicosis de transferencia que según Searles, cabe hallar en el trabajo clínico con el psicótico, en el que surgen diferentes ingredientes contratransferenciales: a) situaciones transferenciales donde el terapeuta se siente no vinculado al paciente; b) situaciones en que ha establecido una relación profundamente ambivalente con el paciente; c) situaciones donde la psicosis representa un esfuerzo por complementar la personalidad del terapeuta o una ayuda al padre-terapeuta para lograr ser una persona separada y completa; y d) situaciones donde el paciente desde su temprana niñez fue habituado a que su padre pensara por él, intentando perpetuar con el terapeuta la relación simbiótica que tuvo con su padre, generando esto en el terapeuta la sensación de actuar de forma sádica y castrante, al impedir a su paciente funcionar con autonomía.

Searles (1965), en relación con estas variantes, otorga gran relevancia a la identificación proyectiva, entendida como el conjunto de fantasías que el sujeto psicótico dirige hacia el padre-terapeuta, dentro del que "coloca" parte de sí o su self íntegro, en un intento por controlarlo, poseerlo y/o dañarlo. La identificación proyectiva, pues, desde la óptica de Searles, sería algo más que atribuir a otro ciertos rasgos propios o de establecer una semejanza global consigo mismo.

Dicho esto, pasaremos a tratar al paciente y analista aisladamente, dando así algunas claves para comprender lo que de uno y otro converge en el proceso terapéutico, muchas veces contemplado desde una perspectiva dual y no desde dos singularidades individuales que se citan e invocan.

### ***De la cognición-emoción en el sufriente psicótico***

A la cognición y la emoción, presentes en todo ser humano, sano o enfermo, Searles dedica gran cantidad de trabajos, a los que por razones meramente didácticas dividimos entre los que abordan las fallas cognitivas y los que tratan de dificultades emocionales. Dentro del primer grupo estarían *Integración y diferenciación en la esquizofrenia* (1959c), *Integración y diferenciación en esquizofrenia: una visión de conjunto* (1959d), *Comunicación esquizofrénica* (1961b) y *Diferenciación entre el pensamiento concreto y metafórico en la recuperación del paciente esquizofrénico* (1962a). En el segundo grupo, por su parte, cabe citar *Procesos sexuales en la esquizofrenia* (1961c), *Ansiedad acerca del cambio - como se ha visto*

en la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos- con particular referencia al sentido de identidad personal (1961d), *La fuente de ansiedad en la esquizofrenia paranoide* (1961e) y *Esquizofrenia y la inevitabilidad de la muerte* (1961f), todos ellos recogidos en el libro de 1965.

En relación con las dificultades perceptivo-cognitivas del esquizofrénico, Searles diferencia los tipos *no integrado* y *no diferenciado*, recalcando los patrones cognitivo-conductuales que presentan, sólo distinguibles para un terapeuta experimentado. Mientras que con el *no integrado* el terapeuta se percibe fragmentado en su interior, con el *no diferenciado* se siente simbióticamente unido, siendo así capaz de darle sentido psico(pato)lógico a la miríada de síntomas impersonales que al avanzar la terapia se convierten en algo vinculado a *una persona concreta* y no ya un paciente ignoto. M. Benatar (2008) generaliza esta distinción a los desórdenes disociativos, en su trabajo *Una reconsideración del trabajo clínico de Harold Searles*.

Searles expresa además que integración y diferenciación forman parte de un proceso unitario, ya que están indisolublemente ligadas, de tal suerte que si una se ve comprometida, la otra también, como así evidencia la incapacidad mental del esquizofrénico para discriminar entre la realidad concreta y la simbólica.

La comunicación esquizofrénica, más que una forma ininteligible de hablar, es, desde esta perspectiva, la expresión monologal de la distorsionada experiencia subjetiva del psicótico, indirectamente visible también en la conducta bizarra que la acompaña, llegando el terapeuta así a tornarse el *yo* externalizado de su paciente.

En lo que concierne al segundo grupo, con que se centra en el universo emocional del psicótico, se observa que debido a su incapacidad para diferenciar realidad de fantasía, sus sueños sexuales son vivenciados como *asaltos reales*, difíciles de integrar en su psiquismo fragmentado, más aún si en ellos coexisten ingredientes genitales con otros orales, propios de la primera fase del desarrollo psicosexual humano (Searles, 1965).

Y es que el psicótico hábil para percibir lo que opera en el inconsciente, puede captar deseos sexuales inconscientes que el terapeuta siente hacia él, cuya ficción o realidad deberá ser comprobada para evitar atribuirlos a la necesidad sexual alienada del paciente. En línea con J. Ruesch, Searles (1965) también sostiene que para que pueda darse un eficaz intercambio verbal en el proceso terapéutico, es conveniente que sus participantes se "comuniquen" bien a nivel gestual-corporal, pues de esto depende lo que luego se construya y comparta verbalmente.

Entre los temas que terapeuta y paciente psicótico pueden tratar está el de la inevitabilidad de la muerte, hecho que el psicótico niega, como evidencia en su discurso y su

conducta. Searles (1965) intenta revertir dicha actitud sirviéndose del examen de la realidad, así como de una escucha clínica empática. El doliente psicótico llega de esa manera a comparecer ante la muerte, igualándose con cualquier ser humano, finito y mortal como él.

### ***El terapeuta como sujeto y objeto emocional***

El terapeuta no sólo es copartícipe de lo que le pasa al que sufre, sino también de lo que de sí mismo irrumpe fuera y dentro de él, afectando la interacción clínica. Searles, buen conocedor de esa realidad, cuando recopilaba sus trabajos para incluirlos en el libro *Contratransferencia y materias relacionadas. Artículos seleccionados* (1979), fue consciente de que no deseaba reunir tales escritos, dada su resistencia interior a recordar sus años pasados en Chesnut Lodge. A la gran insatisfacción interior que sentía por no haber podido hacer más por sus pacientes, unía la incómoda soledad que albergaba cuando recordaba aquellos años, pues la plantilla hospitalaria de Chesnut Lodge había sido el asidero afectivo al que Searles se aferraba al salir y entrar de su propio aislamiento emocional (Langs y Searles, 1980).

¿Qué cabe, con todo, destacar de tal recopilación? Antes conviene mencionar un trabajo de Searles no incluido en la compilación de trabajos de de 1979, *Amor edípico en la contratransferencia* (1959b; en Searles, 1965), donde pone de manifiesto los efectos beneficiosos que se derivan cuando el terapeuta expresa las emociones que siente hacia su paciente, sin por ello transgredir la abstinencia terapéutica, sino sólo para hacerle ver que quien lo trata es una *persona real*, alguien a quien no debe idealizar, convencido de que tal declaración favorece el progreso de la cura (Cf. Odgen, 2007).

Volviendo a la recopilación, de los 24 trabajos que la componen, para no redundar en ideas ya referidas, sólo aludiremos a lo que para nosotros aporta algo novedoso. Sirva así de inicio lo que Searles refiere en *Sentimientos de culpa en el psicoanalista* (1966; en Searles, 1979), donde expresa que son tales sentimientos los que inducen a algunos a ser analistas, paliando sus propias culpas a través del trabajo clínico. De forma parecida reflexiona sobre la contra-transferencia negativa, tintada de fuerte agresividad, que todo analista debe encarar, y en especial con los sujetos psicóticos, por mucho que lo que se espera del analista es una completa dedicación a sus pacientes, según se asegura en *El "médico consagrado" en el campo de la psicoterapia y el psicoanálisis* (1967; en Searles, 1979). Por su parte, en *Contratransferencia y modelo teórico* (1975; en Searles, 1979) destaca el papel clave que la simbiosis terapéutica tiene para que el esquizofrénico alcance la individuación, así como la enorme implicación afectiva que ello supone para el analista.

### ***Extensión de la teoría de la técnica psicoanalítica a pacientes límites***

Aunque Searles trata esta temática de forma monográfica en su libro *Mi trabajo con pacientes límite* (1986), en un trabajo previo ya aducía la dificultad del paciente esquizofrénico límite para tolerar el *setting* o encuadre clásico (Searles, 1965). Ello es debido a la falta de *feedback visual* que el paciente sufre al estar echado en el diván, de espaldas al terapeuta. En tal escrito también postulaba la necesidad de que el paciente tuviera *evidencias* de apoyo emocional, dado el dilema que debe afrontar entre vivir de un modo autístico-simbiótico o en forma autónoma con otros. Todo lo aprendido con el sufriente psicótico lo “adaptó” después al paciente límite, aunque siempre teniendo en cuenta lo común y lo diferente en ambos. Centrándonos ahora ya en el paciente límite, quisiéramos destacar el trabajo de Searles titulado *Procesos duales y de identidad múltiple en el funcionamiento del ego borderline* (1977; en Searles, 1986), donde refiere cómo el sentido de identidad de tales sujetos coexiste con una miríada de “personas” o de objetos internos, cada uno de los cuales representa una faceta de sí mismo y no una expresión patológica y fragmentada de su identidad personal (Searles, 1986). A este respecto, Searles nos dice que lo que podemos observar en sesiones previas es un sujeto que presenta graves dificultades para mantener relaciones estables, que teme ser abandonado y que vivencia sentimientos crónicos de vacío, dudando incluso de si tiene sentimientos o es capaz de sentir. Asimismo, tal sujeto se muestra incompetente para distinguir entre tiempo presente y futuro, como entre acciones ya realizadas y otras a emprender. Para ejemplificar esto analiza las parapraxias que el paciente límite expresa en terapia, de las que se ocupa en *La psicopatología límite como revelada por (a) las pausas y (b) el orden no gramatical de la palabra del paciente* (Searles, 1989). Recomienda aquí Searles que el analista profiera la porción de la sentencia verbal previa a la pausa con una sutil entonación, propiciando así que el paciente evoque más fácilmente el significado inconsciente que la sentencia tiene. Y es que, según Searles, las parapraxias expresan las reacciones transferenciales que el paciente dirige hacia el terapeuta, quien debe analizar cómo afectan sus reacciones contra-transferenciales y al cuándo y cómo hacer interpretaciones, pues en caso contrario lo que se logrará es disminuir las verbalizaciones del paciente.

Más que interpretar, pues, lo que valora Searles es el clima emocional que existe entre paciente y terapeuta, junto con el nivel de funcionamiento del ego de ambos, predominantemente autístico en el sujeto límite. Por eso las interpretaciones del terapeuta son menos importantes que su participación no verbal. El terapeuta, con todo, frente a la incapacidad del paciente límite para distinguir realidad de fantasía, deberá imponer sobre

éste su visión de la realidad, permitiendo al paciente que alcance sus propias interpretaciones y se percate de los mecanismos de defensa usados con el terapeuta (Searles, 1986). Antes, sin embargo, el terapeuta encarará la transferencia-contratransferencia, advirtiéndonos aquí Searles que la primera está contaminada de las conflictivas del terapeuta, interiorizadas por el paciente, que las devuelve como propias. Por ello, según él, terapeuta y paciente han de compartir toda la psicopatología que afecte a ambos y no sólo a éste.

Searles (1986) también subraya la conveniencia de utilizar la misma fraseología que use el paciente, pues constata que frases similares dichas por él tienen significado distinto para el paciente. Asimismo recomienda que se interprete en un tono emocional semejante al que el sujeto límite exhibía al relatar tal suceso, pues, si no, la interpretación analítica no tendrá efecto. Como consecuencia de todo ello, el terapeuta se torna un objeto (o "imagen transferencial" dice Searles) que ha de ser interiorizado por el paciente, quien a su vez proyecta en él todos sus impulsos amorosos y agresivos. Próximo el fin de la terapia, paciente y terapeuta se implicarán en la difícil tarea de separarse, de despedirse, con todo lo que de mutua pérdida afectiva esto conlleva.

### *Conclusiones*

La principal enseñanza que Searles ofrece reside en la función contenedora que todo analista debe ejercer de los conflictos que aquejan a sus pacientes, dados los fenómenos transferenciales-contratransferenciales movilizados. Esto todavía se acentúa más en el trabajo clínico con los sujetos que padecen psicosis, de ahí que lo que Searles considera esencial sea lo mismo que Bion formula, en un nivel más abstracto, como relación continente-contenido (Odgen, 2007). Vinculado con esto, Searles también considera crucial mantener una actitud terapéutica de atenta escucha, gracias a la cual se podrán re-examinar los *esfuerzos curativos* que se realizan sesión tras sesión.

Actuando así pensamos que Searles hace descender al terapeuta de una posición de supuesto saber, colocándolo en un plano más próximo al paciente, lo que a juicio de algunos desvirtuaría la autoridad del terapeuta, mientras para otros fortalecería el vínculo terapéutico. Alineándose con esta última opción hay quienes consideran a Searles como la versión contemporánea americana de Ferenczi (Aron, 1992). Igualmente conviene señalar que las propuestas de Searles han precedido en varias décadas al conjunto de trabajos que han recuperado para el psicoanálisis contemporáneo la centralidad de los procesos de mutualidad, inherentes al proceso terapéutico (Aron, 1996). Por todo ello, la conceptualización clínica de Searles ha de ser juzgada como una valiosa síntesis de las perspectivas contemporáneas acerca de la contratransferencia (Castaño y Ávila, 2013;

Maroda, 1991), según dan fe desarrollos técnicos ulteriores, inspirados en Searles y Racker, como los realizados por Greenberg, Mitchell, Tansey, Ogden, Burke y otros (Mitchell y Black, 1995).

## REFERENCIAS

- Aron, L. (1992). From Ferenczi to Searles and Contemporary Relational Approaches: Commentary on Mark Blechner's "Working in the Countertransference." *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 181-190.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Balbuena, F (2011). F. Fromm-Reichmann: una vida consagrada al tratamiento de la persona con esquizofrenia. *Clínica e Investigación Relacional*, vol. 5 (3), 493-505.
- Balbuena, F (2013a). De Alemania a EE. UU: hitos biografiados menos difundidos en la semblanza de F. Fromm-Reichmann. *Clínica e Investigación Relacional*, vol. 7 (1), 169-183.
- Balbuena, F (2013b). El trabajo pionero de H. S. Sullivan en la psicoterapia de la esquizofrenia. *Norte de Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, vol. XI, nº 47, 127-136.
- Benatar, M. (2008). A Reconsideration of the Clinical Work of Harold Searles. *Journal of Trauma and Dissociation*, 9, 4, 563-577.
- Castaño, R., y Ávila, A (2013). Desarrollos de la perspectiva cultural-interpersonal: Frieda Fromm-Reichmann, Karen Horney y Harold Searles. En A. Ávila (ed.), *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional, 207-255.
- Dolnick, E. (1998). *Madness on the couch. Blaming the Victim in the Heyday of Psychoanalysis*. New York: Simon & Schuster.
- Gonella, V. (2005). The Contribution of Harold Searles to an Emerging Therapeutic Relationship with a Chronic Schizophrenic Man. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 33 (4), 705-723.
- Langs, R. & Searles, H. F. (1980). *Intrapsychic and interpersonal dimensions of treatment*. New York: Aronson.
- Maroda, K. J. (1991). *The Power of Countertransference: Innovations in Analytic Technique*. Chichester: Wiley.
- Mitchell, S. A. y Black, M. J. (1995). *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder, 2004.
- Ogden, T. H. (2007). Reading Harold Searles. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 353-369.
- Searles, H. F. (1960). *The nonhuman environment in normal Development and schizophrenia*. New York, NY: International University Press, 1960.
- Searles, H. F. (1965). *Collected Papers on schizophrenia and related subjects*. New York, NY: International University Press.

- Searles, H. F. (1979). *Countertransference and related subjects. Selected Papers*. New York, NY: International University Press.
- Searles, H. F. (1986). *My work with borderline patients*. Northvale, NJ: Aronson, 1986.
- Searles, H. F. (1989). Borderline Psychopathology as Revealed by the Patient's (a) Pauses and (b) ungrammatical word order. In Anne-Louise S. Silver (ed.), *Psychoanalysis and Psychosis*, Madison, CT: International University Press, 289-318.
- Searles, H. F. (1992). Harold Searles Talks to Martin Stanton. *Free Associations*, (nº 27), 3, 323-339.
- Silver, Anne-Louise, S. (2012). Reminiscence. My Analysis with Harold Searles. *Division/ Review. A Quarterly Psychoanalytic Forum*, Nº 4, 33-38.
- Silver, Anne-Louise, S. Comunicación personal, 17-12-2013.
- Silver, Anne-Louise, S. Comunicación personal, 26-07-2014.
- Souffir, V. (2005). *Harold Searles*. Paris: PUF.
- Young, R. M. (1995). The vicissitudes of transference and countertransference: the work of Harold Searles. *Free Associations*, 5B, 171-195.
- Young, R. M. (2000). Talk given at the Tavistock Clinic 28 March, 2000.

Original recibido con fecha: 17/10/2015      Revisado: 10/12/2015      Aceptado: 28/02/2016