

Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica^{1,2}

Harold Searles³ (1961)

Este trabajo de H.F. Searles, original de 1961, revisado en 1966, es ahora revisado y anotado en Homenaje al autor tras su fallecimiento. Se trata de una de sus contribuciones clave para el trabajo clínico con las personas con Trastorno Mental Grave.

Palabras clave: Esquizofrenia, Psicoterapia, Relación Terapéutica, Comunicación Terapéutica

This paper by H.F. Searles, original of 1961, revised in 1966, is newly revised and annotated in homage to the author after his death. This is one of its key contributions to clinical work with people with Severe Mental Disorder.

Key Words: Schizophrenia, Psychotherapy, Therapeutic Relationship, Therapeutic Communication
English Title: Phases of Therapist-Patient interaction in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia

Cita bibliográfica / Reference citation:

Searles, H.F. (2016). Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica (Original de 1961). *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (1): 262-296. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2016.100118

¹ Publicado originalmente en *British Journal of Medical Psychology*, 34 (1961): pp. 169-193. Incluido como parte V de "Escritos sobre Esquizofrenia" (*Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, London: The Hogarth Press, 1966) Traducido en 1980 por Noemi Rosenblatt, revisada por María Luisa Siquier de Ocampo para la Edición castellana por Gedisa, Barcelona, 1980. Esta versión es una revisada y anotada por Alejandro Ávila Espada para CeIR, con la colaboración de Lucía Martínez Domínguez, como parte del *Homenaje a Harold Searles* tras su reciente fallecimiento (2015).

² Escogemos este trabajo para su revisión por ser una excelente síntesis de planteamientos sobre el crucial papel de una concepción relacional de la transferencia-contratransferencia como participación y mutualidad, y en el contexto de los trabajos sobre Hospitalidad Clínica y Compromiso con el Otro que sufre de Donna M. Orange que han sido publicados en números anteriores de esta revista.

³ Harold F. Searles (1918-2015) ha sido la figura más trascendente de quienes continuaron la obra de Frida Fromm-Reichmann en *Chesnut Lodge*. Su énfasis y constante exploración del papel de la contratransferencia en el proceso terapéutico, y su especial dedicación al trabajo psicoterapéutico con esquizofrénicos ha quedado plasmado en sus principales obras, y en un sinfín de testimonios. Para T. Ogden (2007) la obra de Searles, muestra clínicamente lo que Bion formula en un nivel más abstracto como relación continente-contenido y la necesidad humana de verdad. Para L. Aron (1992) Searles es la versión contemporánea americana de Ferenczi, con su especial énfasis en la contratransferencia, y las numerosas viñetas clínicas que incluye en sus trabajos son descripciones directas y honestas de lo que se está manifestando en el vínculo transferencia-contratransferencia, mostrando lo que se está dando en el contexto de la experiencia emocional del paciente a través de su traducción a contenidos simbolizados, susceptibles de ser pensados y comunicados verbalmente. Aparte de en los trabajos citados, una reseña breve de la vida y obra de Searles puede consultarse en R. Castaño y A. Ávila (2013) y en el trabajo de F. Balbuena en este mismo número.

Si bien los nueve años que transcurrieron entre esta decisión y la redacción de este trabajo confirmaron la validez de ese cambio en mi orientación afectiva, también me han hecho comprender con toda claridad que la "técnica" de la psicoterapia de la persona esquizofrénica se expresa de manera óptima en términos de una secuencia evolutiva de participaciones emocionales específicas y muy profundas en las que tanto el terapeuta como el paciente se ven involucrados en lo que para mí ha llegado a ser –en términos necesariamente amplios y esquemáticos-- el curso general "normal" y previsible de la psicoterapia con el esquizofrénico crónico. Así, este trabajo se propone destacar la importancia decisiva de los sentimientos en la relación terapéutica y describir lo que, en mi opinión, es el patrón general "normal" del curso psicoterapéutico que sigue esa relación durante los años del tratamiento.

La participación emocional del terapeuta en esa labor es, por varias razones, muy profunda, y su análisis personal no lo libra de esa participación emocional profunda tan necesaria sino que, por el contrario, contribuye a que sus propios sentimientos le resulten accesibles.

En primer lugar, el prolongado tiempo que requiere esta (forma de) terapia promueve una profunda participación emocional por parte del terapeuta, de modo tal que las horas que ha pasado con el paciente durante los seis, ocho o diez años del tratamiento⁴ se convierten en una parte integral de todo lo que esos años han significado en su vida, las alegrías y las tristezas, los triunfos y las pérdidas.

En segundo lugar, las diversas formas que adopta la intensa transferencia (que despliega) el esquizofrénico, promueve una profunda participación⁵ emocional por parte del terapeuta, de una intensidad comparable a la de aquel. Mabel Blake Cohen (1952) ha hecho una observación de gran valor para el psicoanálisis en general:

...parecía que el paciente ejerce una enorme presión sobre el analista, de maneras no verbales muy diversas, para que aquel se comporte como los adultos significativos en su infancia. No se trata tan solo de que el paciente vea en el analista a su padre, sino de que realmente maneja la relación de modo tal que provoca en el analista el mismo tipo de conducta...

⁴ El tratamiento y rehabilitación de una persona con Trastorno Mental Grave, y en especial la Esquizofrenia, requiere siempre de una participación muy prolongada, en la que las intervenciones de tratamiento y rehabilitación se prolongan durante años, y casi siempre requieren seguimiento y tutela, con implicación de la familia o allegados.

⁵ Cuando Searles escribe este trabajo, transmite el legado Sullivaniano del modelo de la participación, frente a la concepción clásica de la transferencia (unidireccional). En el modelo relacional, al que Searles implícitamente pertenece, los fenómenos de transferencia-contratransferencia se entienden co-creados por ambos partícipes.

No es exagerado decir que, en respuesta a la transferencia del esquizofrénico, el terapeuta no solo *se comporta como* los adultos significativos en la infancia del paciente, sino que también experimenta en sí mismo de manera muy íntima, y activados por la transferencia del paciente, los mismos sentimientos intensos y profundamente conflictivos que existían, si bien reprimidos, en esos adultos del pasado, además de experimentar, a través de los mecanismos de proyección e introyección en la relación entre él y el paciente, las emociones igualmente intensas y conflictivas que muchos años antes constituyeron el semillero de la psicosis en el niño.

Una tercera razón de la participación emocional necesariamente profunda del terapeuta es inherente a la naturaleza de la formación yoica temprana, cuya reelaboración sana es tan decisiva para la terapia de la esquizofrenia. En su monografía sobre el desarrollo temprano del yo, Spitz (1959) destaca una y otra vez que la emoción desempeña un papel fundamental en la formación de lo que describe como "los organizadores de la psiquis" (que define como "centros dominantes de integración emergente"), durante los primeros 18 meses de vida. Por ejemplo, dice:

...el camino que conduce a esa integración de las funciones aisladas es construido por las relaciones objetales del lactante, a través de experiencias de naturaleza afectiva. En consecuencia, el indicador del organizador de la psiquis es también de naturaleza afectiva; se trata de una conducta afectiva que claramente precede en varios meses al desarrollo en todos los otros sectores de la personalidad.

Esto nos lleva a mi otro tema importante, a saber, las fases que abarca el curso general de la psicoterapia con el esquizofrénico crónico. En los últimos años me he convencido cada vez más de que resulta imposible delinear tales fases dentro de la complejidad de los hechos dinámicos individuales de la labor clínica. Para este difícil intento de conceptualización, encontraremos apoyo en la descripción que hace Freud de las fases sucesivas del desarrollo libidinal en el proceso sano de maduración, en la descripción de Erikson (1956) del proceso de formación de la identidad como desenvolvimiento gradual de la personalidad a través de crisis psicosociales específicas de cada fase, y en la formulación de Hartmann (1956) acerca del proceso evolutivo del principio de realidad en el desarrollo sano: "En este proceso puede rastrearse el efecto de todas las etapas del desarrollo infantil: los conflictos típicos, la secuencia de situaciones de peligro y las formas en que se las enfrenta".

Las fases sucesivas que, según mi experiencia, caracterizan en particular la psicoterapia de la esquizofrenia crónica, y de cada una de las cuales se ocupa el resto de este trabajo, son la fase "sin contacto", la fase de simbiosis ambivalente, la fase de simbiosis pre-ambivalente, la fase de resolución de la simbiosis y la fase final, la del establecimiento y

elaboración de la individuación así adquirida a través de nuevas identificaciones selectivas y del repudio de las que ya han perdido vigencia.

Las tres primeras fases reproducen, en orden inverso, las correspondientes a la formación original de la esquizofrenia. En mi opinión, las raíces etiologías de la esquizofrenia se establecen cuando la simbiosis madre-hijo no se resuelve para dar lugar a la individuación de ambos o, lo cual es aún peor, ni siquiera llega a establecerse con firmeza debido a que la profunda ambivalencia de la madre impide la integración y la diferenciación del yo del lactante y el niño pequeño. Con consecuencia, el niño no pasa por las fases del desarrollo normal de simbiosis y posterior individuación y, en cambio, el núcleo de su personalidad no llega a formarse, al tiempo que la fragmentación y la “de-diferenciación” del yo se convierten en defensas inconscientes muy poderosas, aunque también muy primitivas, contra la posibilidad de percibir la ambivalencia en el objeto y en sí mismo. Incluso en el desarrollo normal, el individuo solo se convierte en una persona separada cuando puede enfrentar y aceptar en sí mismo los sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia la otra persona. Para que un niño llegue a convertirse en un esquizofrénico, es necesario que la ambivalencia que debió enfrentar en su relación con la madre haya sido demasiado intensa y que los obstáculos para la formación de su yo, demasiado grandes, como para que pueda integrar sus estados emocionales conflictivos en una identidad individual.

Mis conceptos teóricos derivan en cierta medida del trabajo de Mahler (1952) sobre las psicosis infantiles autista y simbiótica y de los de Balint (1953, 1955) sobre los fenómenos de la temprana formación del yo que tuve ocasión de observar en el psicoanálisis de pacientes neuróticos. En (mi trabajo de) 1958⁶ (véase Capítulo 17) me aventuré a expresar la convicción de que una relación simbiótica entre paciente y terapeuta constituye una fase necesaria de la evolución transferencial de una terapia eficaz con pacientes psicóticos o neuróticos, aunque es sobre todo prominente e importante en el primer caso. Por ende, he notado con gran interés que Mahler y Furer (1960) señalan que “Nuestro primer esfuerzo terapéutico en ambos tipos de psicosis (es decir, autista y simbiótica) consiste en lograr que el niño participe en una ‘experiencia simbiótica correctiva’...”. También Loewald (1960) señala que lo que yo llamo relación simbiótica se establece en la transferencia del esquizofrénico con el terapeuta: “...Si el yo y los objetos no están nítidamente diferenciados, si los límites del yo y de los objetos no

⁶ “Integración y diferenciación en la Esquizofrenia” publicado originalmente en *Journal of Nervous Disease*, Vol. 129 (1959): pp. 542-550.

⁷ Capítulo 1 de la obra en la que está incluido el trabajo que revisamos: “Escritos sobre Esquizofrenia” (*Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, London: The Hogarth Press, 1966; Edición castellana por Gedisa, Barcelona, 1980)

se han establecido con claridad, también el carácter de la transferencia es distinto, en la medida en el que yo y los objetos siguen estando en gran parte fusionados...”.

Ya ha llegado el momento de describir las sucesivas fases de la terapia con el esquizofrénico crónico adulto.

La fase "sin contacto"

No hablo aquí de una "fase autista" porque la palabra "autista" ha llegado a tener en la teoría psicodinámica cierta connotación que no considero válida.

De manera específica, el término "autista", tal como se lo suele emplear, hace pensar en la formulación psicodinámica freudiana de la esquizofrenia (1911), en el sentido de que esta involucra una retirada de la libido del mundo externo y su posterior vuelco sobre el *self*, es decir, una regresión al narcisismo. En mi opinión, lo que sucede en cambio en la esquizofrenia es una "de-diferenciación" regresiva a un nivel temprano del desarrollo yoico, cuyo prototipo es la experiencia del lactante que aún no distingue claramente como tales el mundo externo y el interno. Esto concuerda con las formulaciones de Werner (1940), y Loewald (1960) que sigue el mismo razonamiento en el trabajo ya mencionado.

En el caso del paciente esquizofrénico, esta fase predomina durante los primeros meses y, en muchos casos, los primeros años de su terapia. En esta fase es característico que el paciente no tenga acceso a sus propios sentimientos y no que esos se expresen en sus relaciones interpersonales; de ahí que el terapeuta experimente comparativamente muy pocas reacciones emocionales ante la conducta del paciente, exceptuando cierta sensación de extrañeza frente a la sintomatología bizarra en la que se han condensado desde hace mucho las potencialidades emocionales del paciente –las alucinaciones, las verbalizaciones del paciente –las alucinaciones, las verbalizaciones delirantes y el uso de neologismos, la conducta no verbal estereotipada e idiosincrásica, etc. Rara vez el terapeuta siente que el paciente lo percibe en una medida suficientemente realista como para tener la sensación de que es escuchado, visto o percibido, como una persona en el aquí y ahora, o bien de alguna otra manera por el paciente que, en cambio, en general demuestra estar perdido en un mundo de percepciones caóticamente perturbadas y distorsionadas. Mientras dura esa fase, el paciente y el terapeuta no pueden establecer una profunda relación afectiva mutua.

La orientación emocional que resulta más útil en el terapeuta para lograr una actitud constructiva hacia el paciente y su sintomatología bizarra y facilita en mayor medida la resolución de esta fase de la terapia, es una actitud serena y neutral de investigación. Por el contrario, el terapeuta inexperto suele sentir la necesidad apremiante de aliviar el

padecimiento de esa persona tan profunda y trágicamente enferma. Ayuda a abandonar esa actitud comprender una serie de aspectos del paciente, lo que hace imposible toda terapia constructiva cuando se vuelven predominantes. Primero, como me hicieron ver Szalita-Pemow (comunicación personal, 1952), la individualidad del paciente, su sentido de identidad personal, reside en gran medida en sus síntomas psicóticos y, por ende, reacciona frente al terapeuta como si este amenazara de despojarlo de su individualidad al "curarlo" de su enfermedad. No tiene noción alguna de lo que es salud psicológica tal como nosotros entendemos ese término: para él "curarse" equivale a perder su individualidad debido al retorno a la relación simbiótica, hacia la cual se ve constantemente llevado por el impulso interno que nunca deja de arrastrarlo de vuelta al mundo de los seres humanos. Asimismo, "enfrentar la realidad" es para él algo muy distinto de lo que le sucede al terapeuta cuando debe enfrentar la realidad de su vida: la realidad de la propia vida del paciente, que en algún momento debe llegar a enfrentar para poder curarse, es una realidad plena de tragedia y pérdida.

Asimismo, debemos comprender que el paciente no es solo una víctima quebrantada e inerte de la (falta de) hospitalidad de las figuras de su pasado, (y que) su apatía hebefrénica o su inmovilidad catatónica, por ejemplo, representa, para empezar, una tendencia muy activa a metas regresivas inconscientes, como lo aclara muy bien Greenson (1949, 1953) en sus trabajos sobre el tedio y la apatía en los pacientes neuróticos. En otras palabras, el paciente no es un vehículo inerte al que el terapeuta debe devolver la energía, sino, que, más bien, encierra gran cantidad de energía acumulada que ejerce constante presión para liberarse, y una actitud vigilante de "rescate" por parte del terapeuta solo sería un obstáculo. Debemos comprender que el paciente ha hecho, y hace sin cesar, una contribución a su propia enfermedad, aunque sin tener la menor noticia de ello y por misteriosa que siga siendo durante mucho tiempo la naturaleza de esta contribución.

Es sobre todo cuando el terapeuta percibe las dimensiones de la hostilidad del paciente, de su sadismo, que comprende que, en general, esa víctima hace en general lo que *quiere* hacer en ese momento. Cuando lo entiende así, el terapeuta ya no necesita esforzarse por mantener una fachada artificialmente neutral con respecto al paciente, a quien ve ahora como un individuo que ama y odia y al que, como se hace cada vez más obvio, el mismo también puede amar y odiar.

Para lograr este cambio, el terapeuta encuentra valioso apoyo en los autores que han descrito como lograron esa actitud en su tarea. Winnicott (1947), por ejemplo, señala que el odio es un componente inevitable de los sentimientos del terapeuta, y también de la madre normal, hacia el paciente o el niño, respectivamente. Knight (1940) relata que, en la psicoterapia de pacientes paranoides, descubrió que el uso de técnicas respetables como el

reaseguramiento, la reeducación y el tacto en el que concierne al manejo de los deseos homosexuales del paciente no hace más que aumentar la paranoia de este, porque su odio es real y a ello se debe su ansiedad. Heimann (1955) afirma que no conviene tratar de convencer al paciente paranoide de la buena voluntad del terapeuta o rechazar su material delirante, y percibe con claridad que el sadismo forma parte del padecimiento del enfermo. Hayward y Taylor (1956) señalan: "Cuando un paciente sufre, a menudo resulta difícil decidir si lo que conviene es consolarlo o atacar", y el paciente esquizofrénico que ha logrado recuperarse luego de un tratamiento con Hayward le dice, en forma retrospectiva: "nunca debió haber tolerado que yo lo torturara al crucificarme y hacer que usted me viera sufrir. Debería haberme obligado a bajar o, por lo menos, haberme arrojado piedras"; y le recuerda, además, que "las personas necesitan practicar el odio sin culpa ni temor, tal como sucede con el amor".

El terapeuta, partiendo de esta actitud emocional básica, puede enfrentar con eficacia una amplia gama de problemas típicos, de los que mencionare solo unos pocos. Frente a las manifestaciones del pensamiento delirante, sabe que los delirios presentan para el paciente muchos años de pensamiento delirante, sabe que los delirios representan para el paciente muchos años de pensamiento arduo y subjetivamente constructivo y que, por ende, son muy valiosos para él. No olvida que ocultan un núcleo indispensable de percepción de realidad. No se deja arrastrar por la tendencia a aprobar o desaprobar el punto de vista delirante y, en cambio, trata de ayudar al paciente a examinar los sentimientos que esa visión delirante del mundo despierta en él: el desaliento, la conmoción, la desesperanza, el temor, etc. Libre en general de toda necesidad imperiosa de "curar" al paciente, puede prestar atención a lo que el paciente experimenta. Cuando hace una observación, elige las palabras de acuerdo con el supuesto punto de vista del paciente y, cuando este puede expresar un sentimiento -sea de temor, de soledad, de rabia, etc.- el terapeuta por lo general se conforma con reconocerlo y promover su ulterior elaboración, en lugar de apresurarse con cercanía excesiva a aliviar al paciente. Asimismo, cuando un paciente tiene que negar enfáticamente todo sentimiento con respecto al problema que a todas luces esta emocionalmente cargado, el terapeuta da una respuesta acorde con la experiencia emocional del paciente si señala: "Supongo que no experimenta ningún sentimiento particular en ese sentido" -o, mejor aún, sin mencionar para nada la palabra sentimiento-, en lugar de tratar de superar esa negación inconsciente afirmando: "Pero no cabe duda de que esto *debe* enfurecerlo (o lastimarlo, etc.)". Del mismo modo, al responder a las expresiones del superyó severo y arcaico del paciente, en lugar de actuar como el portavoz, como la personificación de los impulsos reprimidos en el ello, comprende que precisamente en el superyó reside el *self* consciente del paciente, su identidad personal y, por lo tanto,

rara vez los insta a reconocer sus sentimientos con mayor frecuencia cuanto más intensa es la sensación de protesta o de ultraje que al paciente experimenta cuando los percibe en los demás.

En la medida en que el terapeuta está libre de toda compulsión a "salvar" al paciente, puede permanecer suficientemente al margen de su sufrimiento como para percibir las secuencias significativas en la aparición de síntomas tales como alucinaciones, delirios verbalizados, etc., y estar en condiciones de prestar verdadera ayuda. Incluso cuando viaja en auto con un paciente, o debe hacer frente a un ataque físico de aquel, el terapeuta puede lograr en algunos momentos una distancia suficiente como para ayudar al paciente a vincular de manera esclarecedora esta experiencia inmediata con situaciones olvidadas de su pasado. Tales "interpretaciones de la acción" pueden ser de particular importancia para el paciente en quien la memoria y la capacidad para el pensamiento abstracto están seriamente menoscabados.

Durante las semanas o meses en que el paciente permanece en silencio, el terapeuta no se devana los sesos, movido por la compulsión a ayudar a una trágica víctima de la esquizofrenia, en un denodado esfuerzo terapéutico centrado en el paciente, quien ya está sometido a abrumadoras presiones intrapsíquicas. Antes bien, deja que sus pensamientos sigan su propio curso, hojea revistas, lee material que le interesa en ese momento o trata de asegurar de alguna otra manera su bienestar personal y la ausencia de ansiedad. A veces, esto implica ventilar periódicamente la irritación que provoca el paciente silencioso, pero tales manifestaciones, según mi experiencia, no dañan al paciente y, en cambio, ayudan al terapeuta a aceptar genuinamente esa difícil situación durante un periodo bastante largo. Así, el terapeuta ejerce una presión mínima sobre el paciente que ya está paralizado por la presión, y se mantiene en un estado receptivo y comparativamente libre de ansiedad que, a la larga, es más útil para aliviar la ansiedad del paciente y lograr que hable. Tarde o temprano, como una radiante aurora que pone fin a una larga noche, el paciente comienza a utilizar su herrumbrosa capacidad verbal para manifestar reproche, desprecio y furia hacia el terapeuta porque, tal como él lo entiende, no hace nada para ayudarlo.

En general, y si bien sabe que los padres respondieron al paciente de determinadas maneras –condena, reproche, desprecio, etc.- que promovieron la enfermedad en el niño, el terapeuta se niega tener las manos atadas por algún imperativo autoimpuesto en el sentido de que su conducta debe ser siempre el antídoto de esos traumas tempranos y de que jamás debe incurrir en tales respuestas. Sabe muy bien que en determinados momentos estas son las únicas respuestas realistas frente a una determinada conducta del paciente y abraza la certeza de que si (el paciente) no pudiera encontrar en el terapeuta *nada* que le recordara a la madre o al padre, resultaría imposible volver a vivir en la transferencia la esquizofrenia, y de ningún modo podría

relacionarse con un terapeuta idealmente afectuoso y maduro –pues no tendría herramientas suficientes derivadas de su experiencia pasada.

A medida que avanza en su tarea, el terapeuta aprende a dar cada vez menos cosas por sentadas, a cuestionar cada vez más sus propios supuestos y a descartar muchos de ellos. Aprende que nadie puede establecer un límite para el crecimiento potencial de ningún ser humano. Encuentra constante placer en la espontaneidad creativa con que el paciente esquizofrénico se burla de nuestras convenciones culturales, y descubre también que el humor abunda en su labor, aligerando la tragedia genuina y haciéndola más soportable. Si bien adquiere profunda confianza en su intuición, en el curso de su labor con un paciente severamente fragmentado o de-diferenciado, no se apresura a intentar un “cierre” en la comunicación (en el sentido de la Gestalt), sino que deja que el paciente se haga cargo, no importa cuán lenta y penosamente, de aquellas tareas dentro de la actividad comunicacional que solo él puede llevar a cabo. Mientras tanto, no necesita protegerse, manteniendo una actitud activa y urgente de “ayuda” o “rescate”, de sentir en un nivel profundo de impacto del mundo fragmentado o de-diferenciado, con los sentimientos que eso involucra, en que vive el paciente. Son tales experiencias emocionales, que describiré al referirme a la siguiente fase de la terapia, las que el terapeuta trata inconscientemente de evitar mediante su “urgencia por ayudar”, que tiene una función defensiva comparable a la que cumplen en el paciente sus delirios esquizofrénicos.

Confío en haber aclarado que, al describir una actitud emocional básicamente neutral frente al paciente, no recomiendo que el terapeuta asuma y mantenga el papel profesional rígido de “psiquiatra”. En ese sentido, mi experiencia coincide con la que describen varios investigadores en este campo. Al referirse a la terapia de una esquizofrénica paranoide, Robert A. Cohen (1947) describe “la recepción desfavorable por parte de la paciente de cualquier comentario plagado de la habitual jerga psiquiátrica”, y agrega que aprendió a evitar que el interés por el *contenido* de los delirios de la paciente le hicieran perder de vista las implicaciones emocionales que tenían para ella. Lidz y Lidz (1952) señalan: “Los pacientes más paranoides, en particular, pueden participar en una terapia, pero no se los puede tratar en el sentido de hacer que otra persona los controle o los maneje”. Bullard (1960) no ofrece al paranoide “interpretaciones sino, más bien, hipótesis para que el paciente decida si pueden arrojar alguna luz sobre los problemas que le preocupan”. La actitud básica que recomiendo es objeto de una excelente descripción en los comentarios que hace Loewald (1960) sobre la labor psicoanalítica:

...A través de todas las distorsiones transferenciales, el paciente revela por lo menos rudimentos de ese núcleo (de sí mismo y de los “objetos”) que ha sido distorsionado. Es este núcleo, por rudimentario y vago que sea, al que se dirige el analista... y no a algún concepto

abstracto de realidad o normalidad, si lo que busca es llegar al paciente. Si el analista se ocupa siempre de este núcleo emergente, evita moldear al paciente según su propia imagen o imponerle su propio concepto de lo que debe llegar a ser. Se requiere una objetividad y neutralidad cuya esencia es el amor y el respeto por el individuo y por el desarrollo individual...

La fase de la simbiosis ambivalente

En la medida en que la actitud básica del terapeuta frente al paciente es neutral y de investigación, libre de toda necesidad compulsiva de ayudarlo y amarlo y, en cambio, abierta a la percepción de los matices afectivos tanto de amor como de odio en la relación terapéutica, llega a percibir en medida cada vez mayor la intensa ambivalencia encerrada desde hace mucho en la sintomatología psicótica del paciente. La percibe, antes de que el paciente mismo haya podido experimentar y expresar verbalmente tal ambivalencia, en las súbitas fluctuaciones de sus propios sentimientos frente a las comunicaciones no verbales del paciente cambian de manera inesperada y pasan, por ejemplo, de la ternura al desprecio, de la furia al dolor, etc. Experimenta en ocasiones estados emocionales que son realmente inefables y nuevos para él y que, cualesquiera sean sus raíces en su propia infancia pre-verbal, conviene entender como muestras de los estados emocionales en el paciente mismo, aunque probablemente todavía ajenos a su conciencia.

Los prolongados silencios o la ambigüedad de las comunicaciones verbales que caracterizan la labor con el esquizofrénico crónico ha servido para ir debilitando los límites yoicos entre el paciente y el terapeuta. Es decir, es esta situación de comunicación tan poco clara, la proyección y la introyección por parte de ambos se ven facilitadas en una medida que rara vez se observa en la labor en un paciente neurótico, pues en este caso las verbalizaciones claras y frecuentes de ambos participantes hacen que los límites yoicos entre ellos se mantengan *relativamente* claros. Así, se desarrolla una considerable base de realidad para la transferencia simbiótica que el esquizofrénico siempre tiende a establecer con su terapeuta. Los límites yoicos del terapeuta se debilitan no solo como reacción a los prolongados silencios y a la transferencia del paciente, como lo revela el comentario ya mencionado de Mabel Blake Cohen, sino también porque la regresión a la relación simbiótica suele producirse en el terapeuta mismo como una defensa inconsciente frente a los sentimientos intensos y profundamente ambivalentes –de desvalimiento, furia, desprecio, ternura, dolor, etc. que surgen en su relación con el esquizofrénico, mucho antes de que esa relación se haya vuelto bastante fuerte y bien definida como para permitir el reconocimiento de tales sentimientos y una expresión clara de ellos frente al paciente.

Como señale ya en los capítulos 1 y 2⁸, el terapeuta se encuentra a veces en la muy molesta situación de experimentar simultáneamente sentimientos muy distintos y subjetivamente incongruentes hacia el paciente. Sobre todo en los casos en que alguno de los progenitores era psicótico, el paciente suele establecer este tipo de transferencia subjetivamente disociadora del yo con el terapeuta como figura parental sustitutiva. Durante varios meses la relación entre el paciente y el terapeuta se caracteriza por un esfuerzo mutuo por enloquecer al otro. En otro trabajo describí algunas de las manifestaciones de la vulnerabilidad del paciente durante esta fase frente al perturbador impacto de los procesos inconscientes en el terapeuta.

El terapeuta llega a sentirse cada vez más apesado en la fragmentación yoica y en la de-diferenciación del paciente. Hay algo viscoso en la relación, y el terapeuta se siente impedido de llevar a cabo alguna acción decisiva, hacer comentarios muy directos, o incluso de experimentar sentimientos claros y no ambivalentes hacia el paciente. Su sentimiento, de rabia y odio hacia aquel, le producen atormentadora culpa, al tiempo que sus sentimientos tiernos y afectuosos lo hacen sentir casi igualmente culpable. Siente que no ama en realidad al paciente sino que solo lo mueve una lujuria vergonzosa que debe ocultar y, cuando llega a sentir que su amor es de la misma índole que la de un progenitor con respecto a su hijo, se siente culposamente posesivo. Tiene la penosa conciencia de ser una especie de Pigmalión celoso con respecto a esa Galatea que es para él, a un mismo tiempo, una bendición y una desgracia: recurre a sus colegas en busca de ayuda, pero en realidad rechaza toda intervención de una tercera persona –trátese del supervisor terapéutico, una enfermera, o cualquier otra persona- como si se tratara de un intruso en sus dominios privados. Otra característica distintiva simple de esta fase de simbiosis ambivalente es la circunstancia de que la relación con el paciente adquiere una importancia absorbente y sin paralelos en la vida del terapeuta, una importancia que no solo perturba sus relaciones con los otros miembros del personal que están en contacto con el paciente sino que también constituye una amenaza competitiva para sus relaciones no profesionales más queridas y personales.

En su momento de máxima intensidad, esta fase representa para el terapeuta una amenaza a la totalidad de su existencia psicológica. Teme que esa relación termine por sacar a la luz una orientación básica y maligna con respecto a sus semejantes. Se siente equivalente a la enfermedad que aflige al paciente, es decir, no puede establecer un distingo entre el mismo y la enfermedad. No se trata de mera imaginación de su parte, pues durante todo ese tiempo el paciente expresa una y otra vez, de múltiples maneras, su convicción de

⁸ El capítulo 1 (Integración y diferenciación en la Esquizofrenia), y el 2 (Integración y diferenciación en la Esquizofrenia: una descripción general) de la obra ya mencionada.

que el terapeuta constituye de hecho la aflicción que amenaza con destruirlo y con la que ha entablado una lucha de vida o muerte. Según mi concepción teórica, el terapeuta experimenta en ese momento la plena intensidad de la transferencia del paciente con él como la Madre Mala.

Los límites yoicos del paciente pueden ser tan borrosos que, cuando habla, resulta imposible saber si expresa pensamientos que son subjetivamente "propios" o lo que cree que el terapeuta piensa, pero no dice. A menudo, al terapeuta también le resulta imposible determinar si un tono emocional predominante de rabia, aflicción, etc., surge primariamente del paciente o de su propio interior.

En contraste con los sentimientos más fáciles de aceptar, las tendencias asesinas en el terapeuta suelen proyectarse con facilidad en el paciente, cuyas propias tendencias agresivas muchas veces prominentes ofrecen una base de realidad para tales proyecciones. En esas circunstancias, y por diversas razones que en parte resultan obvias, en el terapeuta suelen surgir violentos sentimientos asesinos, que resultan de la frustración de sus esfuerzos terapéuticos, la amenaza para su individualidad derivada de la relación simbiótica con el paciente y la limitación de su omnipotencia infantil residual durante la regresión mutua que implica esta simbiosis, de modo tal que la relación terapéutica a menudo asume la forma de una furiosa batalla entre dos dioses. Así, no solo en el paciente, sino también en el terapeuta, surge toda la rabia asesina del lactante frustrado.

Si bien al terapeuta le resulta desagradable percibir su temor al paciente asesino, aún difícil es para él reconocer hasta qué punto son intensos sus propios sentimientos asesinos hacia el paciente y comprender que este no tiene conciencia de su intención asesina y, en cambio, siente hondo temor por el terapeuta, a quien ve como un loco asesino. Al superyó del terapeuta le resulta más fácil sentirse intimidado que intimidatorio, y la idea de que el paciente le tiene terror tiende a debilitar, por lo menos al comienzo, la convicción de que puede controlar su propia rabia.

En otro trabajo presente un sueño que tuve durante mi labor con un hebefrénico, al que durante algunos meses percibí como un hombre peligroso e incontrolable. En ese sueño, nos trezábamos en una lucha desesperada y él se apoderaba de un abrecartas muy afilado. Pero luego, él se hacía cargo de *mi* custodia y al final del sueño actuaba como una especie de policía que me llevaba para entregarme a las autoridades. Este sueño fue uno de los hechos que me ayudaron a tomar conciencia de la rabia masiva previamente reprimida que había proyectado en el paciente. Hace dos semanas, en una sesión de supervisión, un colega me escribió su molesta sensación de que él y su paciente pasaban por un momento de calma aparente que, en su opinión, era en realidad la calma que precede a la tempestad; sentía que todavía existía

en el paciente cierta furia indefinida que podía desatarse en cualquier momento. Pero en la sesión de la semana anterior mencionó varios indicios que revelaban una rabia de intensidad insospechada en el mismo, a tal punto que me dijo: "No estoy seguro de que la tormenta no se pueda desatar en mí".

Las más de las veces el terapeuta, al revés de lo que sucedió con este colega, no se da cuenta de que se está desarrollando un estado de simbiosis, o de que se ha establecido desde hace mucho, entre él y el paciente. Esta situación es más fácil de percibir en un colega que en uno mismo. Cuando se comprende la importancia de esta fase de la terapia con un esquizofrénico, resulta sorprendente descubrir con cuanta frecuencia oímos a los terapeutas, en las sesiones de supervisión o en las reuniones del personal, hacer comentarios como "Hubo mucha rabia la semana pasada", sin especificar *quien* la sintió; o bien, "Hay mucha manía, muchas risitas", o "Allí hay una dependencia muy fuerte", sin especificar *dónde*. El terapeuta puede cometer muchos *lapsus linguae* con respecto a la identidad sexual del paciente, lo cual no solo constituye una respuesta a la profunda confusión sexual del paciente que ahora se ha puesto de manifiesto, sino también una consecuencia de la falta de diferenciación en el terapeuta entre su propio sexo y el del paciente. Por ejemplo, puede decir: "Cuando comencé a tratarla estaba con camisa de fuerza", de un modo tan ambiguo que por un instante no se comprende si era la paciente o el terapeuta quien se encontraba en esa situación. En algunas ocasiones especiales se oye decir, por ejemplo: "Cuando comenzó a ser mi terapeuta...quiero decir, cuando comencé a ser su terapeuta...". Así se aprende a estar alerta a tales indicios de uno mismo.

La disolución de los límites yoicos ente paciente y terapeuta es solo un aspecto, aunque importante, de la de-diferenciación y la desintegración de las funciones yoicas mas generalizadas que tienen lugar en ambos participantes (aunque, desde luego, en grado mucho menor y, por ende, más sutil, en el terapeuta) a medida que desarrolla la relación simbiótica. Así, al perder temporalmente su capacidad para establecer una clara distinción entre fantasía y realidad, el terapeuta reacciona frente a sus fantasías sexuales con respecto al paciente con tanta culpa como si representaran una consumación en la conducta real, y puede llegar a sentir celos de las figuras alucinatorias con quienes el paciente tiene una interacción aparentemente vívida e íntima, como si esas figuras alucinatorias estuvieran en un plano de igualdad con el mismo (Searles, 1961). Asimismo, a veces durante esta fase escenas de mi propia infancia han vuelto a mi memoria con un carácter de realidad casi tangible. También de tanto en tanto se siente el impacto de algún fragmento hasta entonces ignorado del pasado del paciente, que este por lo general transmite ahora de maneras no verbales y difíciles de objetivar.

Antes de que esta base de simbiosis ambivalente pueda dar paso a la que le sigue en la secuencia terapéutica, es necesario que la relación entre paciente y terapeuta haya crecido de forma gradual, a través de la resolución de innumerables y cada vez más severas pruebas del tipo ya descrito y se haya vuelto bastante fuerte como para que el terapeuta pueda soportar la plena intensidad de la hostilidad del paciente dirigida por completo contra él. En contraste con las advertencias que hacen Sullivan (1956), Hill (1955) y muchos otros autores, en el sentido de que tal situación implica que la terapia ha fracasado irremediablemente, he llegado a considerarla, tanto en mi propia labor como en la de mis colegas, como un hecho terapéutico esencial. El paciente nunca se convierte en una persona total a menos que tenga esa oportunidad, tal como describe Hoedemaker (1955), de identificarse con el terapeuta que sobreviene a la plena intensidad de ese tipo de ataque al que el paciente se vio sometido en la infancia y del que tuvo que huir hacia la psicosis. Y, en forma complementaria, he comprobado que un aspecto igualmente esencial de esta fase consiste en que el terapeuta llegue a expresar abiertamente, paso a paso –aunque no tan a menudo como lo experimenta– la plena intensidad de su propio odio, su condena y su desprecio hacia el paciente, expresándolos en formas que inconscientemente repiten las que utilizaron los padres para expresar sus sentimientos destructivamente negativos cuando el paciente era un niño. Así, la transferencia del paciente determina en grado considerable las respuestas del terapeuta y gracias a ello el paciente puede por fin enfrentar en forma simbólica la destructividad de los padres, que vuelve a vivir en el terapeuta a través de la relación transferencial. El profundo reaseguramiento que obtienen tanto el terapeuta como el paciente al comprobar una y otra vez que cada uno de ellos sobrevive a la manifestación del más profundo odio en sí mismo y en el otro, significa que se ha establecido la base para la siguiente fase terapéutica, la de la simbiosis total o, en términos genéticos, pre-ambivalente.

La fase de la simbiosis total o pre-ambivalente

Esta fase, que se inicia en forma gradual y -como en el caso de las otras fases descritas- con incesantes fluctuaciones entre la que la precede y la que le sigue, en general se manifiesta al comienzo en términos del descubrimiento por parte del terapeuta, no sin sorpresa, de que las sesiones casi siempre silenciosas que ha compartido con el paciente ya no constituyen una fuente especial de conflicto y angustia para él, sino más bien de contento placentero, contra el cual su superyó reaccionará al comienzo por considerarlo reprensible, en vista de la persistente severidad del trastorno en el paciente tras todos esos meses de tratamiento. O bien el terapeuta descubre, en el curso de su labor con un paciente que habla, que sus encuentros verbales han perdido su cualidad perturbadora, ansiógena e hiriente y ahora resultan placenteros para ambos, aunque por lo general lo niegan.

El terapeuta empieza ahora a aceptar de manera cada vez menos conflictiva los sentimientos correspondientes a una Buena Madre que captura la importancia de (ser) un Dios para el niño pequeño que hay en el paciente, así como su propia dependencia infantil con respecto al paciente, visto también como una Madre Buena. Habiendo alcanzado la relación terapéutica la simbiosis madre-hijo pre-ambivalente, el terapeuta oscila entre ambas posiciones con respecto al paciente.

Resulta imposible exagerar hasta qué punto es necesario que ambos participantes depositen su confianza mutua en el niño pequeño que hay en cada uno de ellos para que la terapia sea eficaz: según la frase bíblica "... y un niño los guiará" (Isaías, XI, 6). La psicoterapia con un esquizofrénico en general involucra los sentimientos del terapeuta correspondientes a sus propias experiencias infantiles tempranas. El terapeuta responde con intensidad como si el paciente fuera una madre omnipotente, debido no sólo a que la historia de prolongada relación simbiótica del paciente con la madre ha promovido en aquel una acentuada cualidad maternal, sino también porque el estado actual profundamente indiferenciado del yo del paciente da al terapeuta la sensación de potencialidades ilimitadas para su propia gratificación.

Entonces experimenta su amor por el paciente como ilimitado e inocuo, y no ya como una amenaza, por ejemplo, para la relación con su esposa y sus hijos, sino más bien como una confirmación de su propia capacidad para amar a cualquier ser humano. Los componentes sexuales de ese amor ya no son predominantes, sino que están fusionados con una suerte de ilimitada *preocupación* por el paciente, de naturaleza básicamente maternal. Este amor, experimentado hacia un paciente del mismo sexo, ya no resulta, como antes, una amenaza para la propia identidad sexual. Terapeuta y paciente pueden disfrutar activamente de los sentimientos hostiles que surgen cada tanto, cada vez más libres de culpa y en general subordinados, en cuanto a su poder y frecuencia, a los sentimientos amorosos, al tiempo que cada vez resulta más fácil comprender que sólo son una defensa contra el amor inmensamente tierno que subyace a ellos. El terapeuta llega a comprender, en este nivel de de-diferenciación, que el "amor" y el "odio" son una sola cosa y que cualquier relación manifiesta e intensa es, de hecho, amor. Una de mis pacientes expresó durante esta fase que se había dado cuenta de que "hay una línea divisoria muy tenue entre el amor y el odio".

El superyó arcaicamente severo del paciente ya deja de ser un gigantesco cuerpo extraño en la relación paciente-terapeuta y se convierte más bien en el vehículo para que el paciente exprese su amor profundamente negado pero, al mismo tiempo, muy intenso e íntimo, hacia el terapeuta-madre. Al mismo tiempo, el terapeuta comprueba que sus propios vestigios de omnipotencia infantil, intensificados por la "lucha entre dos dioses" que

caracteriza la fase ambivalente de la simbiosis, ceden antes la profunda aceptación de su incapacidad para "curar" al paciente mediante el uso de la autoridad colérica de un Dios, esto es, su incapacidad para doblegar la voluntad del paciente mediante su "curación". Surge en el entonces una actitud emocional que, al alcanzar lo que he experimentado como una "victoria apacible" sobre el bebé-Dios tiránico que hay en nosotros, encierra, no obstante, enorme poder: la aceptación amorosa de la relación inmediata con el paciente, basada en la certeza de que la propia dedicación, ahora plena y constante, a su recuperación, mezclada con el esfuerzo cada vez más liberado del paciente por alcanzar la salud, constituyen una corriente que lleva adelante el proceso terapéutico. Este pleno compromiso afectivo por parte del paciente y el terapeuta, nos permite comprender cuan adecuado es el comentario de Bak (1958) en el sentido de que, en la medida en que la persona adulta es verdaderamente madura, el superyó no constituye en ella un dominio delimitado como tal dentro del funcionamiento total de la personalidad, y también la observación de Anna Freud (1946) de que "...nuestra imagen del superyó siempre se vuelve borrosa cuando existen entre aquél y el Yo relaciones armoniosas. Decimos entonces que ambos coinciden...".

El terapeuta no solo experimenta esa sensación de compromiso total con la relación terapéutica, con una profundidad que, según lo comprende ahora, nunca había sentido antes, a pesar de todos sus esfuerzos y sentimientos previos, sino que en el curso de la sesión terapéutica también responde al paciente (como) si aquel encerrara ilimitada importancia personal para él y se libera cada vez más de todo temor a reconocerlo cuando el paciente necesita ese reconocimiento. No es exagerado decir que el terapeuta llega incluso a sentir que al paciente le es necesario para sentirse completo; es decir, acepta sin ambages que siente por el paciente lo que la "madre esquizofrenizante" no fue lo bastante fuerte como para reconocer o superar: su necesidad del paciente para completar la propia personalidad. Durante años hemos estado acostumbrados a considerar este fenómeno totalmente destructivo y generador de esquizofrenia; debemos comprender que el núcleo de la autoestima de todo ser humano tiene sus orígenes en la experiencia del lactante sano de que la figura materna realmente lo necesita para completar su totalidad psicológica. He llegado a convencerme de que es aquí donde hemos de encontrar el núcleo de la *raison d'être* para cada uno de nosotros.

Del mismo modo, el terapeuta no debe avergonzarse de recibir del paciente la ayuda que este le pueda proporcionar en cuanto a su integración personal y, en tal sentido, estoy en completo acuerdo con Whitaker y Malone (1953). La autoestima del niño sano se ve fortalecida por la experiencia de que, tal como su madre lo necesitó para completarse cuando él era un lactante, ahora lo necesita para promover su propia integración personal, su maduración. Deberíamos tener el valor de ver y reconocer estos aspectos del núcleo simbiótico de la

interacción terapéutica, cuando comprobamos que, ya en 1923, Groddeck (1923) se atrevió a decir que, en el tratamiento de una de sus pacientes

...Su actitud infantil hacia mí—de hecho, según comprendí más tarde, la de una niña de tres años— me obligó a adoptar el papel de la madre. La paciente despertó en mí ciertas virtudes maternas latentes que fueron las que guiaron mi procedimiento... Y debí enfrentarme así con el extraño hecho de que no era yo quien trataba a la paciente, sino ésta a mí; o, para decirlo en mi propio lenguaje, el Ello de este ser humano hizo tanto por transformar mi Ello, que, de hecho, lo transformó de tal manera que llegó a ser útil para sus fines... Incluso llegar a esta conclusión me resultó difícil, pues, como se comprenderá, modificó de manera total mi posición con respecto a la paciente. Lo importante ya no era darle instrucciones, decirle lo que yo consideraba adecuado, sino cambiar de tal manera que pudiera hacer uso de mí.

En los momentos en que se encuentra en la posición de la madre en la simbiosis madre-hijo, el terapeuta puede tener vividas fantasías de amamantar al paciente como si este fuera un bebé feliz. Warkentin y Taylor (Whitaker, 1958, págs. 79-84) describieron las sensaciones físicas que acompañan tales fantasías, que tuve oportunidad de experimentar en mi labor con diversos pacientes. También es importante que el terapeuta pueda aceptar sus fantasías de lactante con respecto al paciente, sea éste hombre o mujer, pues de no ser así aquel no aprende a aceptar profundamente sus propios deseos de amamantar que constituyen la base de todo dar. En este sentido, resulta interesante que Sèchey (1951), Eissler (1951), Schwing (1954), Hayward y Taylor (1956), Whitaker y Malone (1953) y muchos otros terapeutas estén de acuerdo con respecto a la "absoluta necesidad de una experiencia infantil feliz con una madre buena para que el paciente pueda comenzar a crecer hacia la realidad adulta" (Hayward y Taylor, 1956, pág 211), y también que la esquizofrénica recuperada descrita por Hayward y Taylor, que hizo un detallado análisis retrospectivo de su propia terapia, "destacara que la experiencia alimentaria feliz fue el hecho aislado más importante de su terapia". Intento describir aquí de qué modo esta fase particular de la terapia, esta fase de "experiencia infantil feliz con una madre buena", se manifiesta de manera concreta, sobre todo en términos de las experiencias del terapeuta.

Otro rasgo característico de esta fase es la capacidad de ambos participantes para jugar gozosamente. Puesto que se ha superado la etapa ambivalente de la relación transferencial simbiótica y se ha alcanzado el estrato del amor pre-ambivalente, la falta de estructura, la falta de límites rígidamente definidos entre paciente y terapeuta o entre campos intrapsíquicos como los de la "realidad" recordada y los de la fantasía creativa, o los de las imágenes concretas y las imágenes metafórica, alegórica o figurada en algún otro sentido, ya no se experimenta como un tipo amenazador de de-diferenciación, sino más bien como una oportunidad sin trabas para que ambos participantes jueguen a cambiar de lugar entre

sí (e incluso, en un caso que traté, para un intercambio imaginario de diversas partes corporales), y a explorar traviesamente todos estos campos de la experiencia psicológica en una suerte de embrollo que a menudo resulta realmente divertido para ambos. Se comprueba así algo que nunca se ha habido creído posible: la confusión misma, por lo común considerada en psiquiatría como trágicamente destructiva⁹ para el paciente y amenazante para el terapeuta, puede resultar activamente placentera en una atmosfera donde se ha alcanzado un grado tal de confianza mutua que, dado que el odio ya no existe a los fines prácticos, la confusión no equivale a vulnerabilidad, y ya no es necesario levantar la estructura yoica como una fortaleza mal construida contra la amenaza externa, y en cambio, aquella puede irse formando siguiendo su propio ritmo como una organización en desarrollo para la expresión de potencialidades internas y, por ende, necesidades cada vez más complejas.

Aquí conviene considerar el efecto que ejerce en el medio hospitalario total esta fase en la relación psicoterapéutica, es decir, la fase de la simbiosis ambivalente y la fase de la simbiosis total o pre-ambivalente. En la primera fase, la relación paciente-terapeuta suele promover incesantes y profundas divisiones en el grupo que forman los pacientes y el personal de la sala y, a veces, en toda la estructura social del hospital. Del mismo modo, la profunda ambivalencia en el paciente, así como la considerable ambivalencia con que responde el terapeuta en el curso de la terapia, hacen que su relación se convierta con facilidad en el instrumento para expresar los desacuerdos latentes que abundan en el medio social circundante. Así, su relación terapéutica es a la vez causa y víctima de la ambivalencia que impregna ese medio social más amplio. Los fenómenos ambivalentemente simbióticos en la estructura social más amplia del hospital han sido objeto de excelentes descripciones en trabajos de Santon y Schwartz (1954), Main (1957), Perry y Shea (1957) y otros; yo mismo he descrito mi propia experiencia y mis interpretaciones de tales fenómenos en el capítulo 2¹⁰.

Muchas relaciones terapéuticas se malogran, y el terapeuta y el paciente, incapaces de enfrentar y resolver el intenso odio mutuo que despierta la fase simbiótica, reprimen ese odio, lo proyectan en diversas figuras de la matriz social hospitalaria y quedan atrapados en una relación en la que ambos comparten la fantasía de estar afectuosamente unidos. Pero esta no es la fase verdaderamente pre-ambivalente de la simbiosis transferencial; antes bien, y como lo saben penosa e irritadamente los responsables de la dirección del hospital, se trata de una *folie-a-deux* entre paciente y terapeuta en la que la simbiosis funciona sobre todo como una defensa contra el reconocimiento de su odio mutuo. Éste hecho es tan común que no he tenido

⁹ Hasta los trabajos del Grupo de Boston (2010) no se acepta que la confusión y el desorden pueden jugar un papel positivo en el cambio psíquico.

¹⁰ "Integración y diferenciación en la Esquizofrenia: Una descripción general" incluido en el ensayo ya mencionado.

más remedio que llegar a la conclusión de que no existe ningún criterio seguro que nos permita saber, durante largos periodos, si nos encontramos inmersos en una simbiosis genuinamente pre-ambivalente con el paciente o en la simbiosis predominantemente paranoide que sirve como una defensa contra el odio. No existe algo así como una tira de tornasol que nos permita establecerlo con certeza y debemos estar siempre abiertos a la posibilidad de que, por ejemplo, ambos participes utilicen a veces inconscientemente una simbiosis subjetivamente pre-ambivalente y básicamente constructiva para mantener excluidos de la conciencia los incrementos de una hostilidad particularmente intensa. Incluso cuando en las relaciones terapéuticas predomina una simbiosis pre-ambivalente sana, al medio social no siempre resulta fácil tolerarla. También aquí la relación terapéutica exige un manejo delicado, tal como una mujer embarazada necesita cuidados ambientales especiales aunque su embarazo sea normal. Por ejemplo, ni el terapeuta ni el paciente están aún listos para que una tercera persona aparezca en la escena como un colaborador valorado y manifiestamente reconocido. Además, el juego y el contenido subjetivamente irresponsables, tan curativos en sí mismos y que constituyen un ingrediente tan fundamental de la simbiosis pre-ambivalente, ponen sin duda a prueba la fe y la paciencia de otros miembros del personal que no tienen mayores oportunidades de participar en los procesos favorables que he escrito y que, en general, solo se enteran de hechos tales como la prolongada interacción del paciente, su persistente manifestación de diversos síntomas crónicos en su vida cotidiana en la sala y, quizá, los comentarios de la familia en el sentido de que esa internación no se puede prolongar de manera indefinida.

"Lo único que hacían era andar en calesita¹¹... No, ni siquiera una calesita, porque eso implica movimiento ", gruño un supervisor en una reciente reunión del personal para describir la relación entre una mujer hebefrénica y su terapeuta que, desde mi punto de vista, se encontraban en plena fase de simbiosis pre-ambivalente cuando, por razones ajenas al tratamiento, el terapeuta tuvo que dejar Chesnut Lodge¹² para regresar a su país de origen. "Andar en calesita" es una exacta manera de describir el tipo de interacción terapéutica en la que es tan importante que el paciente el terapeuta puedan participar con total libertad, pero que a la organización hospitalaria le resulta muy difícil tolerar. Yo mismo, que "sé" estas cosas tanto como se otras cosas sobre la terapia de la esquizofrenia, tengo, cuando en mi papel de supervisor escucho a un terapeuta que describe su labor durante esta fase, la desagradable sensación de estar "excluido" de una relación bipersonal íntima que

¹¹ En algunos países de América se llama "Calesita" al " Tío-vivo", aunque aquí puede tener también el sentido de "Calesa" (Carruaje)

¹² La institución de tratamiento de media y larga estancia donde Harold Searles desarrollaba su labor, continuando la de Frieda Fromm-Reichman, entre otros.

conozco de segunda mano, y debo luchar contra mi tendencia a expresar mi envidioso resentimiento contra el terapeuta a través de admoniciones y reproches en el sentido que debe limitarse a la psicoterapia del paciente, que sin duda constituye la peor respuesta posible de un supervisor en esta fase de la terapia. Por el contrario, al terapeuta tímido le resulta muy útil que su supervisor comprenda que lo que sucede en la terapia es la esencia misma de lo que es bueno para el paciente, y apoye así la valentía del terapeuta para que lo siga haciendo pesar de los reproches de su escrupuloso supervisor.

La fase de la resolución de la simbiosis

Las complejas necesidades de individuación de los dos participantes y, por ende, su respectiva búsqueda de individualidad, no toleran por tiempo indefinido la perpetuación de la simbiosis terapéutica. Al fin de cuentas, la función básica de dicha simbiosis, bien a pesar de la intensa gratificación regresiva que ofrece, es la de promover la maduración: proporciona al paciente, y también el terapeuta en grado significativo, la base para un desarrollo renovado y más sano de la individualidad. Así, luego de un período que se extiende, según he podido determinar, desde algunos meses hasta uno o dos años, el equilibrio dinámico de la relación terapéutica se desplaza cada vez más hacia la resolución de la fase simbiótica. La iniciativa en cuanto a este cambio puede surgir primero en el paciente con el terapeuta, y tengo la impresión de que el proceso de resolución-esto es, el proceso por el cual ambos llegan a ser personas individuales y a funcionar como tales, en lugar de participantes en la simbiosis- tiene lugar por turnos, esto es, que a veces uno de los participantes y, a veces, el otro manifiesta una mayor tendencia a la emancipación. Describiré en primer lugar las experiencias del terapeuta cuando la iniciativa corre por su cuenta, y luego sus reacciones frente a la iniciativa del paciente. En el primer caso, una de las reacciones típicas del terapeuta es una sensación serena de prescindencia, subjetivamente inexplicable pero memorable, con respecto al paciente, la comprensión emocional de que el paciente está fuera de él, es una persona "que está ahí", una persona que padece de una enfermedad esquizofrénica que, asimismo, "está allí" en el paciente. Uno de los ingredientes de esta comprensión, por lo tanto, es que el terapeuta no es la enfermedad del paciente. Este cambio en la actitud emocional se experimenta veces como la sensación de haber dejado por fin de estar "enamorado" del paciente, lo cual en mi caso siempre está acompañado de cierta culpa cuando el paciente sigue teniendo gran necesidad de conservar la simbiosis cuando yo ya la he "superado".

En otras ocasiones, el terapeuta no experimenta la resolución de la simbiosis, por lo menos, algunos de los pasos que llevan a ella, de esta manera serena y subjetivamente inescrutable, sino más bien con una súbita sensación de ultraje. La palabra "ultraje" resulta significativa, y el

sentimiento que designa es cualitativamente distinto del fastidio, el enojo o incluso la rabia. Se siente ultrajado ante algunos de los síntomas regresivos crónicos del paciente o ante toda su sintomatología regresiva, y en todos los casos por el carácter irracional de las exigencias que el paciente ha tenido para con él durante muchos meses o años. Percibe la enormidad de las exigencias que el paciente ha tenido durante su enfermedad para con el u otras personas Y comprende con claridad la locura que significa seguir sometándose a ellas. Adopta de pronto la firme decisión de poner fin a ese prolongado esfuerzo, que ahora le parece desperdiciado, por gratificar tales exigencias, que antes veía como necesidades infantiles que nadie podía dejar de tener en cuenta.

Del mismo modo, el terapeuta percibe ahora el carácter ofensivo interpersonal de los mecanismos de defensa del paciente, cuando hasta ese momento había demostrado enorme tolerancia en tal sentido y había persistido en su dedicado esfuerzo por percibir y tener en cuenta la ansiedad, el dolor, la soledad, etc., de los que el paciente había intentado inconscientemente protegerse mediante estos mecanismos de defensa. Por ejemplo, en mi labor con un esquizofrénico paranoide que manifestó de manera crónica intenso desprecio y sarcasmo en su trato con otras personas, incluyéndome a mí, durante casi dos años, pude mostrar cada vez más tolerancia y comprensión a medida que percibí con claridad cada vez mayor el dolor, la desilusión, etc., que el desprecio y el sarcasmo le permitían mantener reprimidos. Pero luego, cuando se inició la fase de resolución de la simbiosis, comprendí cuán ofensivos para mí y para los demás eran su desprecio su sarcasmo, a pesar de la función defensiva que cumplían.

En otras palabras, el terapeuta comienza a hacer al paciente en gran medida responsable de sus síntomas. Ahora considera que a él le incumbe decidir si desea pasar el resto de su vida en un hospital psiquiátrico o, por el contrario, curarse. En todos los casos que puedo recordar, he encontrado la ocasión para manifestarle esta nueva actitud al paciente mismo y señalar que a mí me daba lo mismo. No se trata de meras palabras, sino de la expresión de una actitud emocional profunda y genuina. En ese momento, y por insensible que pueda parecer, al terapeuta ni siquiera le importa si la respuesta del paciente será el suicidio o una desintegración psicótica incurable, y lo siente y lo manifiesta poniendo en juego su propia posición profesional, para no hablar del remordimiento que puede llegar a sentir si sus palabras producen un efecto tan irremediabilmente destructivo en el paciente. Así, de hecho, el terapeuta enfrenta la amenaza de destrucción para el paciente y para sí mismo al decidirse a proclamar su propia individualidad, cualesquiera sean las consecuencias.

Podría muy bien ser que la individualización –la resolución de la simbiosis- encerrara como algo innato, incluso en la maduración sana del niño pequeño, esta decisión de seguir adelante pese a una amenaza de muerte. De paso, de ser esto cierto, tendríamos aquí el

determinante básico del principio democrático según el cual es mejor morir que no poder vivir como un individuo políticamente libre.

Parte de esta nueva actitud en el terapeuta consiste en su disposición a dejar que el paciente "se cocine en su propia salsa", en contraste con su tendencia previa a expresar de manera vicaria los sentimientos del paciente en la simbiosis en que ambos participaban. Asimismo, goza ahora de una nueva libertad para expresar sus ideas y sentimientos individuales al paciente como un individuo –o, por lo menos, como alguien cuya individualidad incipiente se hace cada vez más obvia, sin verse trabado por consideraciones acerca de si es o no congruente en su actitud o si trata injustamente a este paciente en comparación con otros, lo cual constituye un aspecto importante de la labor cuando se tiene dos o tres pacientes que viven en una misma sala.

El terapeuta comprende con claridad que él mismo ya no es indispensable para el paciente, esto es, que ya no es el único terapeuta capaz de ayudarlo a completar el viaje hacia la salud. Puede mirar a su alrededor y darse cuenta de que varios de sus colegas podrán cumplir esa tarea tan bien como él, o mejor. Comienza a apreciar, y con enorme agrado, las valiosas contribuciones que las enfermeras, los familiares, otros pacientes de la sala, etc., han hecho, hacen y seguirán haciendo a la recuperación del paciente. Esto contrasta con su sensación previa, sin duda grandiosa pero, en mi opinión, esencial para el desarrollo y el mantenimiento de la simbiosis terapéutica, de ser un Dios, el Creador en la situación terapéutica, el único Pigmalión posible para esta Galatea; al fin de cuentas, ese sentimiento corresponde a la convicción que abriga una madre en el sentido de ser tan indispensable como un Dios para su hijo desvalido. Cuando el terapeuta comprende que otros contribuyen en gran medida a satisfacer las necesidades del paciente, se siente profundamente tranquilizado, pero esa tranquilidad también incluye los ingredientes afectivos de empequeñecimiento y pérdida.

El elemento de pérdida en la experiencia del terapeuta se observa con particular claridad cuando es el paciente, en el terapeuta, el que manifiesta la decisión de liberarse de la simbiosis. Una de mis experiencias más frecuentes como supervisor es la de ayudar al terapeuta analizar sus sentimientos de insatisfacción y desesperanza con respecto a una relación terapéutica en la cual, según está conscientemente convencido, el paciente esquizofrénico muestra una estasis desalentadora, cuando en realidad manifiesta, como lo demuestran diversos indicios sutiles, innumerables signos de una decisión creciente, aunque todavía no manifiesta, de desprenderse de la simbiosis en la que el terapeuta tiene una participación emocional mucho más profunda de lo que puede reconocer. Aunque parezca paradójico, el terapeuta se siente desalentado, por ejemplo, cuando el paciente le permite por vez primera investigar aspectos de una profundidad sin precedentes, sentimientos de ternura y dependencia con respecto al terapeuta, de confusión y alguna otra experiencia subjetiva perturbada. El terapeuta, evita

inconscientemente reconocer el comienzo de la resolución de la fase simbiótica apelando a los mismos mecanismos de defensa que utilizo antes para no reconocer que esa fase de simbiosis se establecía de manera cada vez más firme, a saber, la negación y la formación reactiva: niega con cuanta eficacia se desarrolla la labor, cuánto significa el paciente para él, cuanto valora las gratificaciones que obtiene o ha obtenido, cuán profundo es el sentimiento de pérdida que los próximos cambios traerán consigo; Y la formación reactiva se manifiesta a través de impaciencia e insatisfacción como parte de la lucha por reprimir los sentimientos de contentamiento, satisfacciones y logro.

Creo que se justifica decir que el terapeuta, por maduro y experimentado que sea, inevitablemente reacciona contra cualquier paso que da el paciente hacia un nuevo nivel emocional, un aspecto nuevo para la investigación psicoterapéutica. Como señalé en otra ocasión, esto se debe en parte a que el sentido de identidad del paciente está tan profundamente comprometido en la manera anterior de experimentar las cosas, con el terapeuta, que su sentido de identidad se vería seriamente amenazado si el terapeuta pudiera recibir con los brazos abiertos y sin ninguna ambivalencia ese proceso hacia una nueva zona de experiencia y relación interpersonal. Pero también es en parte por ese motivo que el terapeuta tiene una participación emocional, más o menos profundamente arraigada, en el modo de relación conocido, más predominantemente simbiótico, y por ende reacciona contra la amenaza de pérdida personal que significa para el nuevo crecimiento del paciente como individuo.

He tenido la experiencia de comprobar que una mujer hebefrénica, con la que participaba desde hacía años en un agradable y cada vez menos ambivalente relación simbiótica, había llegado a mostrar, en forma que a mí me pareció desconcertantemente súbita, una moderación que, según los criterios lógicos, constituía un progreso terapéutico muy conveniente. En lugar de hacer incesantes esfuerzos para que yo fuera para ella todas las personas y satisficiera todas sus necesidades casi antes de que éstas surgieran, la paciente pasaba ahora las sesiones diciendo muy poco pero contemplándome en forma serena, objetiva y apreciativa. No me rechazaba en forma activa, sea con otras palabras o a través de la expresión facial, como lo había hecho en innumerables ocasiones previas, sobre todo durante la fase de simbiosis ambivalente. Pero yo experimentaba una sensación claramente displacentera de estar lejos de ella; No podía dejar de sentirme rechazado frente a ese cambio que, bien lo sabía, representaba por primera vez el establecimiento de un genuino sentido del Self.

Para que el paciente llegue a sentirse, subjetivamente, como una persona individual, debe aceptar que, aunque puede contribuir a aliviar las dificultades psicológicas de otras personas -incluyendo su terapeuta- no puede curarlas en un sentido total y, por ende, no

debe sentirse responsable de su curación. Así, puede seguir adelante con el proceso curativo, el proceso por el cual se convierte en una persona cada vez más sana, sin sentir culpa por ser cada vez en mayor medida un individuo separado. Este es uno de los dividendos que brinda al paciente el hecho de renunciar a la omnipotencia infantil que incluye renunciar en la transferencia a la simbiosis madre-niño.

Desde el punto de vista del terapeuta, este debe llegar a aceptar que, aunque al paciente le ha sido de gran ayuda personal, no puede "curarlo" por completo, esto es, que deberá alcanzar por su cuenta mayor madurez, mayor integración y diferenciación personales, en su labor futura con otros pacientes, y ahora puede vislumbrar la verdad básica -esto es, la verdad básica tal como la entiendo- de que el ideal de "completa madurez" no es más que uno de los disfraces que adopta en él la tendencia persistente a la omnipotencia infantil. Loewald (1960) habla del importante papel de grados tolerables de desilusión en la formación del superyó en el desarrollo sano. La resolución, exitosa de la fase simbiótica de la terapia con el paciente esquizofrénico también exige que cada uno de los participantes pueda integrar su desilusión con respecto a sus propios poderes y los del otro, que pierden así su carácter ilimitado y adquieren proporciones realistas.

Mi propia labor y el material de mis colegas en las sesiones de supervisión y en otras ocasiones, me han convencido de que el paciente debe demostrarse primero a sí mismo que el terapeuta no es omnipotente, sino más bien, por lo menos en ese momento, un ser desvalido, para poder luego sentir que le está permitiendo seguir adelante y funcionar eficazmente como individuo. Esto parece ser, en parte, una consecuencia de la vulnerabilidad a la culpa por ser una persona separada, a la que es propenso esquizofrénico y, según creo, en menor medida también el neurótico. Es como si tuviera que agotar todas las posibilidades de recibir ayuda del terapeuta -con respecto al problema que se plantea en ese momento- antes de permitir que sus propias potencialidades constructivas se pongan en juego, y enfrentar el problema con su propia individualidad en funcionamiento. Así, no es mera coincidencia que la individualidad del paciente suele surgir cuando el terapeuta se siente más impotente que nunca frente a esta situación. Asimismo, podemos considerar esta situación partiendo del criterio de que nadie, ni un paciente adulto ni un niño sano, está dispuesto a renunciar a un terapeuta (o un progenitor) que parece omnipotente; los seres humanos siempre son prácticos y esto sería muy poco práctico: no tendría sentido luchar por una individuación que sólo serviría para perder a ese ser omnipotente.

Además, vale la pena señalar que, para que la relación terapéutica supere la fase de resolución de la simbiosis, el terapeuta debe enfrentar no sólo las amenazas de suicidio o de desintegración psicótica por parte del paciente, y de destrucción profesional y personal para sí mismo que podrían constituir el correlato de aquellas, sino también la amenaza, que a veces

parece igualmente intensa, de que, una vez transcurridos esos años difíciles y cuando la meta parece estar a la vista, el paciente decide a cambiar de terapeuta. Es como si el paciente, al lanzar esta amenaza de separación Y comprobar que el terapeuta puede enfrentarla sin hacer esfuerzos aterradores por restablecer la simbiosis madre-niño previa, se convenciera de que el terapeuta le permitirá convertirse en una persona por derecho propio y considerar que la resolución de la psicosis es básicamente su propio logro y no el del terapeuta.

Un episodio importante para la individuación de una de mis pacientes, con quien había trabajado durante siete años, se produjo cuando le permití usar mi teléfono en el curso de una sesión, para llamar al Director de Psicoterapia y concertar una entrevista y expresarle su deseo de cambiar de terapeuta. Comprendí luego que ese hecho constituyó para ella una experiencia decisiva: le permitía hacerlo aunque el cambio de terapeuta habría significado una gran pérdida personal para mí y aunque consideraba posible que ella lograra lo que deseaba.

De paso, mi disposición a enfrentar esta situación fue uno de los factores que le permitieron examinar poco después sus deseos, reprimidos desde la infancia, de tener padres distintos. Creo que esta situación transferencia el suele surgir comparativamente tarde en el curso del tratamiento, cuando es probable que el terapeuta piense que el paciente es desagradecido por el simple hecho de que, en la transferencia, ane tener otro terapeuta. He señalado en otra oportunidad con cuanta frecuencia el paciente suele exigir un cambio de terapeuta precisamente cuando se siente amenazado por la posibilidad de reconocer hasta qué punto ha cambiado, reconocimiento que suele perturbar su sentido, todavía muy frágil, de identidad personal. En el contexto de este trabajo, tiende a evitar el reconocimiento de que ha sufrido el gran cambio de la individuación, esto es, en los términos de Erich Fromm (1941), tiende a escapar de la libertad que implica la individualidad, buscando una relación simbiótica con un nuevo terapeuta.

La resolución de la fase simbióticas siempre se ve complicada, a menudo en alto grado, por la resistencia de las diversas personas (que están presentes) en la vida del paciente, incluyendo a los miembros de su familia, parte del personal e incluso otros pacientes, a que se convierta en una persona separada y los prive así de las gratificaciones simbióticas que el mismo terapeuta ha llegado conocer y a las que ha aprendido a renunciar, aunque de mala gana, en la relación transferencial. Es bien sabido que los miembros de la familia, por mucho afecto que sientan por el paciente, tienden a sacarlo del hospital precisamente cuando aquél parece estar a punto de lograr su individuación, Y el terapeuta no es el único miembro del personal que inevitablemente establece, a lo largo de los años, un profundo compromiso emocional con la necesidad de que el paciente permanezca enfermo y simbiótico con

respecto a las personas que son más significativas para él. Pero este aspecto del problema ha sido objeto de exhaustivos análisis en la bibliografía y su examen detallado aquí nos llevaría más allá del tema de este trabajo, esto es, la relación terapéutica misma.

La fase final

Esta fase se extiende desde la resolución de la simbiosis terapéutica hasta el fin de la terapia. Se trata de una fase prolongada, pues sólo en la resolución del modo simbiótico de relación permite al paciente establecer una genuina relación objetal y, por ende, enfrentar los problemas propios del psicoanálisis de neuróticos. Es decir, sólo ahora está listo para iniciar un psicoanálisis¹³ y, por ende, esta fase requiere varios años de labor sostenida.

Una vez resuelto su modo simbiótico de relacionarse, el paciente participa en un proceso mejor diferenciado y más selectivo por el cual supera la represión de identificaciones pasadas y acepta en su propio yo las identificaciones que le son predominantemente útiles, al tiempo que renuncia a las que han demostrado ser patológicas o perjudiciales. Muestra una capacidad similar para establecer, o rechazar, identificaciones parciales con las figuras de su vida actual, incluyendo al terapeuta. Erikson describe muy bien este proceso (1956) cuando se refiere a la formación de la identidad, que "...surge del repudio selectivo y la asimilación mutua de identificaciones infantiles, y su inclusión en una nueva configuración...".

El paciente manifiesta ahora en grado cada vez mayor, no sólo en las sesiones y no en su vida diaria, el comportamiento de un niño o un adolescente sano; esto es, manifiesta tardíamente aquellas fases del desarrollo normal que, debido a la severidad y al comienzo temprano de la distorsión esquizofrenizante de la personalidad, casi no tuvo oportunidad de conocer en su niñez y adolescencia biológicas. Con respecto a una infancia que a comienzos de la terapia parecía totalmente negativa, recuerda ahora, con intensos afectos de amor y pesar, experiencias positivas con sus padres y otras figuras de aquella época, y hay una consiguiente liberación de identificaciones útiles con los aspectos positivos de esas personas. Así, la fortaleza que lo ayuda a curarse deriva no sólo de sus identificaciones positivas con el terapeuta y otras figuras de su vida actual en el hospital, sino también del hecho de que establece contacto con la fortaleza de algunas figuras de su pasado.

Empero, en una medida mucho mayor que en el neurótico, es probable que durante varios meses el paciente se comporte -y sin duda genuinamente se sienta- como una criatura ingenua que nada sabe y que, por ende, necesita que se le vuelva a enseñar a vivir, y esta vez en forma adecuada. El terapeuta, consciente de que buena parte de lo que el niño aprendió de los

¹³ En el sentido clásico

miembros de su familia fue sin duda patológico y de que un alto grado de aislamiento social fuera de la familia le impidió aprender muchas cosas sobre la vida cotidiana que sus pares sabían muy bien, se verá obligado a adoptar el papel de maestro o consejero. Creo que es de gran beneficio para el paciente, o por lo menos no constituye una experiencia dañina, que el terapeuta adopte ese papel cada tanto, pero, al hacerlo, no tarda en comprobar que se encuentra en terreno poco firme, en peligro de perder contacto con su única función realmente válida en la vida del paciente: la de psicoterapeuta. Aquí resultan válidas las ideas de Spitz (1959) con respecto al psicoanálisis y el terapeuta y será útil recordarlas:

La esencia del tratamiento psicoanalítico radica en que no dirige, aconseja ni educa. Libera la personalidad y le permite hacer sus propias adaptaciones... No se necesitan actitudes orientadoras o educacionales en el sentido corriente de estos términos. De hecho, sólo perturban el proceso natural, que es tan individualista que hace imposible que el terapeuta lo dirija en sus detalles más pequeños. Cualquier orientación que resulte necesaria deriva en realidad hacia la situación transferencial, lo cual asegura un proceso de desarrollo libre de las ansiedades, los peligros con las amenazas correspondientes a la situación original.

Antes de la psicoterapia, el paciente ha estado realmente en contacto con más experiencias de la vida adulta de lo que por ahora reconoce y, retrospectivamente, se comprende que la actitud de niño ingenuo realidad representa un esfuerzo denodado aunque inconsciente por mantener al terapeuta en su papel de progenitor omnisciente, al tiempo que el paciente evita el pleno impacto de su desilusión infantil con respecto a ambos progenitores o uno de ellos y elude así la responsabilidad de alcanzar la adultez. Si el terapeuta se mantiene firme en cuanto a persistir en su función psicoterapéutica, el próximo paso en la transferencia consiste, según mi experiencia, en que el paciente se convence, con profundo desprecio y desilusión, de que el terapeuta no está en condiciones de ser el conductor omnisciente de su vida y de que, por el contrario, está loco. Éste es el proceso al que sin duda se refiere Hill (1955) cuando describe la experiencia del esquizofrénico al final de la terapia:

... Estos pacientes rara vez que expresan gratitud. Lo que sucede es que, en el proceso de incorporar la bondad (esto es, identificarse con las buenas cualidades del médico) incorporarla realmente en sí mismo, el paciente logra el mismo tipo de disociación que a todos nos resulta conveniente. Él es bueno, y el médico carga con toda la maldad. Incluso carga con enfermedad. A veces resulta sorprendente que el paciente llegue a creer que El médico es totalmente psicótico, del mismo modo en que él lo ha sido.

Se trata de un proceso muy habitual en mi experiencia clínica pero, en contraste con Hill, considero esencial para el futuro bienestar del paciente que se prosiga con la psicoterapia más allá de este punto, hasta que se haya resuelto la locura en lugar de persistir proyectada en el terapeuta. A partir de ese momento se produce, en la transferencia, una diferenciación de esos intensos afectos -odio asesino, envidia, soledad, temor y, sobre todo, amor profundamente negado- que subyacen a la locura de los padres. La fortaleza yoica que el paciente ha adquirido en el curso de su psicoterapia le permite experimentar afectos hasta ese momento reprimidos con una nitidez y una intensidad que no podría haber experimentado subjetivamente antes, por intensos que fueran los afectos involucrados en su *acting out* durante la fase de su simbiosis ambivalente. Y el terapeuta se siente ahora más libre que nunca para experimentar en sí mismo y, en algunas ocasiones críticas, para expresar, los sentimientos recíprocos inherentes a las posiciones transferenciales en que se encuentra, con un mínimo del conflicto y la culpa que fueron tan predominantes en la fase de simbiosis ambivalente.

Es durante esta última fase de la terapia cuando se clarifica el comienzo de la psicosis del paciente, quien puede por fin experimentar, que integra las emociones que en un momento muy anterior tuvieron que ser reprimidas y contra las cuales la psicoterapia sirvió como defensa. Por ejemplo, he tenido la experiencia, gratificadora pero también terrible, de comprobar que un paciente que se había vuelto esquizofrénico a los 15 años y había pasado los 19 años siguientes en hospitales psiquiátricos, había alcanzado un punto, luego de 10 años de psicoterapia intensiva, en que se habían podido desentrañar en grado suficiente las elaboraciones secundarias de su trastorno hebefrénico como para que surgiera a la luz el material de sus delirios originales, pero de una manera cada vez más comprensible para ambos.

A medida que el paciente establece contacto emocional con los diversos aspectos previamente reprimidos de su experiencia pasada, llega a comprender, a pesar de todos los años de enfermedad, que, tal como lo expresó un paciente con gran alivio: "Todavía soy yo mismo". En otras palabras, se establece por fin un sentido de continuidad en la identidad, que combina la persona que el paciente sentía ser antes de la psicosis con las emociones y las actitudes manifestadas en la psicosis, durante mucho tiempo inaceptable para el yo consciente, pero ahora aceptadas como parte de él. Sobre la base de esta nueva fortaleza yoica y este sentido más firme de identidad personal, el paciente puede ahora adoptar una posición y evaluar las personalidades de las figuras en su vida presente y pasada. Recuerdo cuán impresionado me sentí cuando una esquizofrénica, luego de tres años de terapia, pudo expresar de seguido su desaprobación realista de ciertas cualidades de la madre, el padre y su terapeuta. En épocas previas de nuestra labor, tenía muy poco sentido de individualidad como para objetivar estas tres figuras importantes de manera tan clara y simultánea. Como sucede

con otros casos en la fase final de la terapia, esta paciente pudo expresar admiración y afecto hacia sus padres y su terapeuta.

Puesto que el tratamiento de estos pacientes por lo común dura varios años, al terapeuta le puede resultar particularmente difícil mostrarse receptivo frente a la expresión de algunos sentimientos que el paciente puede enfrentar sólo al cabo de varios años. Plenamente consciente de que han transcurrido ya cinco, seis o siete años, el terapeuta puede sentirse amenazado y, por ende, fastidiado, cuando el paciente demuestra por fin estar en condiciones de examinar su desaliento y desesperanza o, como ya mencioné, su deseo de tener un progenitor distinto en la transferencia, o sus tendencias regresivas. Sólo cuando comprende hasta qué punto representa un progreso terapéutico el hecho de que el paciente tome conciencia de tales sentimientos y pueda ahora expresarlos verbalmente, en lugar de tener que recurrir al *acting out* como en los años anteriores del tratamiento, el terapeuta puede ayudarlo a completar la investigación terapéutica, en lugar de ayudarlo a fomentar una nueva represión de esos sentimientos durante un tiempo indefinidamente más largo.

Del mismo modo, puesto que el terapeuta conoció al paciente como una persona profundamente fragmentada en períodos previos de la terapia, tiende a seguir pensando que es un ser frágil, impresión que puede impedirle adecuarse al ritmo más rápido que ahora puede imprimir al proceso el paciente, que es una persona muy distinta y mucho más y mucho más fuerte. Pero incluso esta imagen del paciente frágil que persiste en la memoria del terapeuta cumple una función natural en el curso de la psicoterapia, pues sólo en las últimas etapas el paciente mismo puede comprender cuán enfermo y frágil era antes. Hasta que no adquiere suficiente fortaleza como para integrar este reconocimiento en su autoimagen, el terapeuta debe hacerse cargo de este aspecto de la identidad del paciente. Se trata de un proceso análogo al conocido fenómeno en el que cada paso importante en el crecimiento terapéutico del paciente está acompañado, o bien anunciado, por el hecho de que el terapeuta percibe en el paciente a una persona nueva y más sana (véase Capítulos 1 y 2)¹⁴; también aquí, este impacto afecta al comienzo sobre todo, al terapeuta y no al paciente. Éste, debido a que su sentido de identidad todavía es, en las fases terapéuticas previas a las que me refiero ahora, relativamente frágil, queda fácilmente abrumado – o, tal como lo expresó un paciente, “fuera de combate”- al comprender hasta qué punto ha cambiado, aunque en nuestra opinión ese cambio sea muy benéfico y conveniente.

Otra característica de la fase final –y no me propongo describir aquí todas sus características– es la comprobación de que muchas de las tendencias adultas del paciente

¹⁴ El capítulo 1 (Integración y diferenciación en la Esquizofrenia), y el 2 (Integración y diferenciación en la Esquizofrenia: una descripción general) de la obra ya mencionada.

pueden estar más profundamente reprimidas que sus tendencias infantiles. Es decir, al terapeuta puede resultarle más fácil tener en cuenta –y a las enfermeras, mucho más fácil reconocer y gratificar, aunque sea parcialmente– algunas de las necesidades orales infantiles del paciente, que ayudarlo a enfrentar sin rodeos sus intensos deseos adultos, movilizados y moldeados en el curso de la psicoterapia, pero aún dolorosamente frustrados debido a su prolongada internación: sus deseos de casarse, tener una familia y otras responsabilidades del adulto. A veces, la expresión de tales anhelos por parte del paciente, en particular si ha estado internado durante tanto tiempo que muchos de ellos deben aceptarse como pérdidas o privaciones ya insuperables, le resulta al terapeuta tan conmovedora como los anhelos previamente expresados de gratificaciones infantiles. El terapeuta comprende hasta qué punto, y quizá desde hace muchos meses ya, los aspectos más *maduros* de la personalidad del paciente son los que han estado sometidos a una represión más severa (Capítulo 3)⁴⁵ y que, en contraste con algunas de las ideas expresadas por Freud (1915b), el proceso de maduración tiene alcances tan profundos que modifica incluso el núcleo de la personalidad, el ello eternamente infantil.

Por lo que sé, la evolución de la relación real entre el paciente y el terapeuta casi no se menciona en la bibliografía. Hoedemaker (1955), en un trabajo sobre el proceso terapéutico en el tratamiento de la esquizofrenia, señala la importancia de que el paciente esquizofrénico establezca identificaciones sanas con el terapeuta, y Loewald (1960), en su trabajo sobre la acción terapéutica del psicoanálisis en general, destaca una y otra vez la importancia de la relación real entre paciente y analista, pero sólo en el siguiente pasaje alude a la evolución, el crecimiento, de esta relación en el curso del tratamiento:

...Cuando se supera la represión y se restablece la comunicación entre inconsciente y preconscious, es posible unificar el objeto infantil y el objeto contemporáneo: un objeto verdaderamente nuevo a medida que la comunicación mutua modifica tanto el inconsciente como el preconscious. El objeto que contribuye a este logro en la terapia, esto es, el analista, es el que posibilita dicha unión...

Estoy convencido de que la evocación por parte del paciente de nuevos aspectos de su pasado –su manifestación en la transferencia de reacciones liberadas de la represión- sólo tiene lugar cuando se alcanzan niveles emocionales comparables en la evolución de la relación de realidad entre paciente y terapeuta. Por ejemplo, no evoca recuerdos afectuosos de la madre hasta que la relación de realidad con el terapeuta ha alcanzado el punto en que el afecto entre ambos se

⁴⁵ El capítulo 3 (La evolución de la transferencia maternal en la psicoterapia de esquizofrénicos) en la obra ya mencionada.

ha vuelto, en la realidad, predominantemente positivo. Los comentarios de Loewald citados implican, a mi entender, que un progreso en la resolución de la transferencia precede y hace posible cada incremento sucesivo en la evolución de la relación de realidad entre paciente y analista. Por el contrario, tengo la impresión de que la evolución de la relación real siempre precede y hace posible la evolución progresiva y la resolución de la transferencia, aunque esta última, en la medida en que libera energía psicológica y la pone al servicio de la relación de realidad, contribuye en gran medida a consolidar el terreno conquistado por la evolución de la relación de realidad. Loewald (1960) piensa al respecto que:

...El paciente se atreve a hundirse en las crisis regresivas de la neurosis transferencial que lo vuelven a enfrentar con sus ansiedades y conflictos, si puede aferrarse a la potencialidad de una nueva relación objetal, representada por el analista.

Pero creo que esta nueva relación objetal es algo más que una potencialidad que se realiza en forma comparativamente súbita e *in toto* hacia el final del tratamiento y como consecuencia de la resolución de la transferencia. Antes bien, considero que está siempre presente, creciendo poco a poco, un paso más adelante que la relación transferencial que también evoluciona. Aquí es pertinente señalar que, según Freud (1922), la proyección –que, al fin de cuentas, constituye un aspecto tan importante de la transferencia- no está dirigida “al cielo, por así decirlo, donde no hay nada de eso”, sino más bien a la persona que ofrece cierta base de realidad para la proyección.

En los meses finales de la terapia, el terapeuta comprende con claridad hasta qué punto las transferencias del paciente al terapeuta como representante de una serie de figuras de su pasado han estado al servicio del intento inconsciente de evitar, en grado cada vez menor, la experiencia de la realidad plena y compleja de su relación inmediata con el terapeuta en el presente. El paciente comprende por fin que la relación con otro ser humano -en este caso, el terapeuta- es tan rica como para abarcar todas esas relaciones previas, como para evocar los innumerables sentimientos que, hasta ese momento, habían estado repartidos y cristalizados en las transferencias que ahora se han resuelto. Este proceso es objeto de una hermosa descripción en la novela *Siddharta* del escritor suizo Herman Hesse (1951), ganador del premio Nobel en 1946. El protagonista, que ha dedicado su vida a buscar la respuesta última al enigma del papel del hombre sobre la tierra, descubre al fin en el rostro de su amado amigo las innumerables personas, cosas y hechos que conoció antes, pero en forma incoherente, durante las vicisitudes de sus muchos años de búsqueda.

Del mismo modo el paciente, esquizofrénico o no, se une a sí mismo en la fase final de la psicoterapia. Pero, aunque esto puede tener lugar en forma súbita, está fundado en una relación de realidad que se ha construido durante todo el proceso. En su notable trabajo al que

mis breves referencias no han hecho plena justicia, Loewald (1960) sugiere, como ya señalé, el papel que la resolución de la transferencia desempeña en el desarrollo de esta relación de realidad. Creo que la evolución de la "contratransferencia" –no en el sentido clásico de la transferencia del terapeuta con el paciente, sino más bien en el sentido de las reacciones emocionales del terapeuta frente a la transferencia del paciente- hace una contribución de igual importancia a la relación de realidad. Este capítulo constituye, sobre todo, un intento de describir la evolución de lo que, en este sentido especial, se podría llamar la "contratransferencia" típica del terapeuta con el paciente esquizofrénico en el curso de una psicoterapia eficaz.

Comentarios finales

En mi esfuerzo por destacar el papel predominante que desempeñan las emociones – tanto en el terapeuta como en el paciente- en la psicoterapia de la esquizofrenia, no quisiera dar la impresión de que el terapeuta debe estar constantemente inmerso en una suerte de orgía emocional. Por el contrario, y como señale al comienzo, la evolución de la transferencia emocional cargada descrita aquí sólo puede seguir su curso sin dificultades si el terapeuta está bastante seguro de su capacidad para sentir como para que su actitud emocional básica apunte a la investigación y no, por ejemplo, a un "amor compulsivo". Además, cada uno de estos pacientes –y creo que esto también se aplica, aunque en menor grado, a los neuróticos- necesita en el curso de la terapia proyectar en el terapeuta sus aspectos subjetivamente insensibles, no humanos e incluso inanimados y, por ende, ver a su terapeuta en la transferencia como representante de los padres que, tal como los percibió en su infancia, y se percibe ahora a sí mismo, eran incapaces de todo sentimiento humano. Sólo al volver a externalizar sus introyectos patógenos, el paciente puede establecer contacto con sus capacidades afectivas y llegar a saber, más allá de toda duda, que es un ser humano. Este aspecto de la transferencia, este aspecto de la reelaboración sana de la diferenciación yoica muy temprana, no puede lograrse a menos que el terapeuta esté en condiciones de asumir una actitud de auto-aceptación cuando comprueba que pasa muchas horas sin poder encontrar en sí mismo ningún sentimiento hacia el paciente. Debe estar bastante seguro de su propia humanidad como para tolerar durante largos períodos el papel, en la experiencia transferencial del paciente, de un objeto inanimado o de algún otro percepto que aún no se ha vuelto diferenciado como un ser humano capaz de sentir.

Mientras redactaba este trabajo, llegué a la conclusión de que el terapeuta experimenta muchas veces culpa al sentir que surge en él uno u otro tipo de emoción, en el curso de su labor con el esquizofrénico, debido a que su propia omnipotencia infantil se reaviva. Tal regresión

temporal al nivel de la omnipotencia infantil constituye la principal defensa inconsciente del terapeuta, y su aceptación profunda y constante de que no sólo el paciente, sino también él, está atrapado en un proceso, el proceso terapéutico, cuya fuerza puede compararse a la del proceso de maduración en el niño, que, de hecho, es el mismo en un contexto particular, el contexto de la psicoterapia del esquizofrénico adulto. Cuanto más experimentado y seguro de sí mismo se vuelve el terapeuta en su labor, con más claridad comprende que dicho proceso es demasiado poderoso como para que él o el paciente puedan desviarlo con facilidad, consciente e intencionalmente y por sus propios medios, del canal confluyente que –con fuerza irresistible, si podemos entregarnos a la corriente- tiende a formar. El terapeuta comprende también entonces cuán ilusoria ha sido su omnipotencia subjetiva, pero también cuán infundada su culpa subjetiva.

REFERENCIAS

Reconstrucción de parte de las referencias citadas por H. Searles¹⁶

- Bak, R.C. (1954). The Schizophrenic Defence Against Aggression. *Int. J. Psycho-Anal.*, 35:129-134
- Balint, M. (1953, 1955). *Primary Love and Psychoanalytic Technique*. London and New York: Liveright
- Balint, M. (1955). Friendly Expanses—horrid Empty Spaces. *Int. J. Psycho-Anal.*, 36:225-241
- Blake Cohen, M., Baker, G., Cohen, R.A., Fromm-Reichmann, R. & Weigert, E.W. (1954). An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-Depressive Psychosis. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, Vol.17 (2): 103-137 (Incluye lo esencial del trabajo de 1952).
- Bullard, D.M. (1940). Experiences in the Psychoanalytic Treatment of Psychotics. *Psychoanal. Q.*, 9:493-504
- Cohen, R.A. (1947). Personality Changes Characterizing the Transition from Civilian to Military Life. *Psychoanal. Q.*, 16:141
- Eissler, K.R. (1951). Remarks on the Psycho-Analysis of Schizophrenia¹. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32:139-156
- Erikson, E.H. (1956). The Problem of Ego Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4:56-121Hartmann (1956)
- Freud, A. (1946). The Psychoanalytic Study of Infantile Feeding Disturbances. *Psychoanal. St. Child*, 2:119-132
- Freud, S. (1911). Formulations on the Two Principles of Mental Functioning. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works*, 213-226

¹⁶ Algunas de las referencias citadas por Searles no han podido ser adecuadamente identificadas.

- Freud, S. (1915). A Case of Paranoia Running Counter to the Psycho-Analytic Theory of the Disease. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, 261-272
- Freud, S. (1922). Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works*, 221-232
- Fromm, E. (1941). *El miedo a la libertad*. Barcelona: Paidós, 2008. (Searles cita la ed. original americana de 1941)
- Greenson, R.R. (1949). The Psychology of Apathy. *Psychoanal. Q.*, 18:290-302
- Greenson, R.R. (1953). On Boredom. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1:7-21
- Groddeck, G. (1923). The book of the It.
- Heimann, P. (1955). A combination of Defence mechanism in Paranoid States. En M. Klein: *New Directions in Psychoanalysis*. London: The Hogarth Press
- Heimann, P. (1956). Dynamics of Transference Interpretations¹. *Int. J. Psycho-Anal.*, 37:303-310
- Hesse, H. (1922). *Siddhartha. Una composición india.*, trad. Juan José del Solar, Bruguera, Barcelona 1981 (Orig. de 1922; Searles cita la ed. Americana de 1951)
- Hill, L.B. (1957). Psychotherapy of a Schizophrenic. *Am. J. Psychoanal.*, 17:99-109
- Hoedemaker, E.D. (1955). The Therapeutic Process in the Treatment of Schizophrenia¹. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 3:89-109
- Knight, R.P. (1940). Introjection, Projection and Identification. *Psychoanal. Q.*, 9:334-341
- Lidz, R. W., & T. Lidz (1952). Therapeutic Considerations Arising from the Intense Symbiotic Needs of Schizophrenic Patients. In: *Psychotherapy with Schizophrenics*. Hrsq. E. Brody und F. Redlich. New York (Int. Univ. Press).
- Loewald, H.W. (1960). On the Therapeutic Action of Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:16-33
- Loewald, H.W. (1962). Internalization, Separation, Mourning, and the Superego. *Psychoanal. Q.*, 31:483-504
- Mahler, M.S. and Furer, M. (1960). Observations on Research Regarding the 'Symbiotic Syndrome' of Infantile Psychosis. *Psychoanal. Q.*, 29:317-327
- Mahler, M.S. (1952). On Child Psychosis and Schizophrenia—*Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses*. *Psychoanal. St. Child*, 7:286-305
- Searles, H.F. (1958). Positive Feelings in the Relationship Between the Schizophrenic and his Mother. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:569-586
- Searles, H.F. (1961). Anxiety Concerning Change, as Seen in the Psychotherapy of Schizophrenic Patients—with Particular Reference to the Sense of Personal Identity. *Int. J. Psycho-Anal.*, 42:74-85
- Sèchehaye, M. (1951). *Symbolic Realization: A New Method of Psychoanalysis Applied to a Case of*

Schizophrenia. New York: Int. Univ. Press.

Sechehaye, M.A. (1956). The Transference in Symbolic Realization. *Int. J. Psycho-Anal.*, 37:270-277

Spitz, R. A. *A Genetic Field Theory of Ego Formation* New York: International Universities Press, 1959

Sullivan, H.S. (1956). *Estudios Clínicos de Psiquiatría*, Buenos Aires: Psique, 1959. [Original: *Clinical Studies of Psychiatry*, Ed. de Helen Swick, Mary Ladd y Marta Gibbon. New York: Norton]

Winnicott, D. 1947 Hate in the countertransference In: *Through Paediatrics to Psychoanalysis* New York: Basic Books, Inc., 1975 pp. 194-203

Referencias de las notas y comentarios:

Aron, L. (1992). From Ferenczi to Searles and Contemporary Relational Approaches: Commentary on Mark Blechner's "Working in the Countertransference". *Psychoanal. Dial.*, 02:181-190

Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy (A Unifying Paradigm)*. Nueva York: Norton & Company.

Castaño, R. y Ávila, A. (2013). En A. Ávila (Ed.) *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en Psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional, 2013.

Ogden, T. H. (2007). Reading Harold Searles. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88, 353–369.

Searles, H. F. (1960). *The nonhuman environment: In normal development and schizophrenia*. Madison, CT: International Universities Press.

Searles, H. F. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York, NY: International Universities Press. (Rep. Karnac, 1986) (V. castellana (selección de algunos trabajos): *Escritos sobre Esquizofrenia*, Barcelona: Gedisa, 1980)

Searles, H. F. (1979). *Countertransference and Related Subjects. Selected Papers*. New York: International Universities Press

Searles, H. F. (1986). *My work with borderline patients*. Northvale, NJ: Aronson.