

EL PAPEL DE LAS EXPRESIONES FACIALES DEL ANALISTA EN PSICOANÁLISIS Y TERAPIA PSICOANALÍTICA¹².



Harold F. Searles (*)

RESUMEN

Este capítulo se centra primordialmente en los cambios reales de la última expresión facial del analista, mientras reconoce implícitamente la importancia de las distorsiones transferenciales en las percepciones que el paciente tiene de la misma. Esta tiene un papel central en la fase de la simbiosis terapéutica, tanto como en la individuación posterior. Es en el ámbito de las expresiones faciales del analista, por ejemplo, que el paciente borderline puede encontrar un puente para salir del autismo y entrar en una relación simbiótica terapéutica. Durante esta última fase las expresiones faciales de cada participante “pertenecen” tanto a uno como al otro; o sea, las expresiones de cada persona están en el campo de los fenómenos transicionales para ambos. Las expresiones faciales del analista son altas y a menudo centralmente significativas para el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica. Se presentan viñetas clínicas ilustrativas del trabajo con pacientes que usan o no el diván.

Palabras Claves:: Borderline. Caso clínico. Contratrtransferencia. Fenómeno transicional. Lenguaje no verbal. Psicoanalista. Simbiosis.

SUMMARY

This chapter, while acknowledging implicitly the importance of transference-distortions in the patient's perceptions of the analyst's countenance, focuses primarily upon the real changes in the latter's facial expressions. The analyst's face has a central role in the phase of therapeutic symbiosis, as well as in subsequent individuation. It is in the realm of the analyst's facial expressions that the borderline patient, for example, can best find a bridge out of autism and into therapeutically symbiotic relatedness. During this latter phase, then, each participant's facial expressions “belong” as much to the other as to oneself; that is, the expressions of each person are in the realm of transitional phenomena for both of them. The analyst's facial expressions are a highly, and often centrally, significant dimension of both psychoanalysis and psychoanalytic therapy. Illustrative clinical vignettes are presented from work with both patients who use the couch and those who do not.

Keywords: Borderline. Clinical case. Countertransference. transitional phenomenon. Nonverbal language. Psychoanalyst. Symbiosis.

RESUME

Ce chapitre porte principalement sur les changements réels de la dernière expression faciale du psychanalyste, en tant qu'il reconnaît implicitement l'importance des distorsions transférentielles dans les perceptions que le patient a de celle-là. Elle joue un rôle fondamental dans la face de la symbiose thérapeutique, de même que dans l'individuation postérieure. C'est dans les gestes du psychanalyste que, par exemple, un patient borderline peut trouver une voie pour sortir de l'autisme et entrer ensuite dans une relation symbiotique thérapeutique. Durant cette dernière face, les expressions faciales de chaque participant “appartiennent” tant à l'analyste qu'au patient, c'est-à-dire, les expressions de chacun d'eux sont dans l'espace des phénomènes transitionnels pour eux deux. Les expressions faciales du psychanalyste sont largement significatives pour la psychanalyse et la thérapeutique psychanalytique. On présente ici des exemples cliniques illustratifs du travail avec des patients qui utilisent ou non le divan.

Mots-clés: Limite. Cas clinique. Contre-transfert. Phénomène de transition. Langage non verbal. Psychanalyste. Symbios.

DOS EXPERIENCIAS CON ESTE TEMA EN EL INICIO DE MI CARRERA

Ella me miró a la cara muy de cerca y dijo, con convicción: “*Ud. está enojado conmigo, ¿no?*”. Estaba parada justo en la entrada de mi consultorio y no hacía ningún movimiento hacia su asiento. Había llegado bastante tarde, como a menudo lo hacía y yo me sentí aún más tenso e incómodo que de costumbre.

En respuesta a su pregunta yo afirmé, en esencia, que no estaba enojado con ella, y traté de convencerla de entrar y sentarse. Pero todo esto llevó sólo unos pocos instantes, ella se dio vuelta, se fue y nunca volvió. Desde entonces ha sido evidente para mí su buen criterio al hacerlo. Yo no estaba en condiciones en ese momento, 35 años atrás, de trabajar eficazmente con esta joven borderline que necesitaba alguien que tuviera mucho mejor acceso a sus propios sentimientos que lo que yo había todavía alcanzado, sin haber comenzado mi análisis personal o apenas en su inicio (no recuerdo ese detalle). No se trataba simplemente de que yo estuviera conscientemente enojado con esta paciente difícil y desafiante, sino que era incapaz de usar mi enojo con eficacia en nuestro trabajo. Más allá de eso mi superyó hacía que este sentimiento hacia un paciente fuera inaceptable para mi sentido consciente de identidad. Estoy seguro de que ella vio en mi cara un enojo del que yo no me daba cuenta; yo sólo me sentía más tenso, incómodo y falto de confianza que lo habitual en mis sesiones anteriores con ella.

El punto principal de este artículo es que las expresiones faciales del analista son de una alta y a menudo central significación en psicoanálisis y terapia psicoanalítica, de una significación que sin embargo ha sido ampliamente descuidada en la literatura. El ejemplo clínico precedente parecería contradecir este punto. Uno podría inferir que el analista sólo necesita suficiente análisis personal como para entrar en un contacto razonablemente bueno con su propia emocionalidad, y que su semblante variará de ahí en adelante tan neutra y parejamente como pueda, su atención puesta en las producciones del paciente, de modo que cualquier expresión que éste perciba en su cara pueda ser considerada, a fines prácticos, como de naturaleza puramente proyectiva. Pero, lector, tenga paciencia conmigo, porque creo que el efecto acumulativo de mis ejemplos clínicos servirá, en su momento, para transmitir mi idea principal.

El segundo ejemplo clínico es de mi trabajo, dos años más tarde, con un hombre que era uno de mis casos supervisados en el Instituto Psicoanalítico de Washington. Había consultado a una analista mujer, de experiencia, buscando análisis por travestismo. Ella me lo envió y me proveyó supervisión a lo largo de mis años subsiguientes de trabajo, predominantemente exitoso con él. Sin embargo el trabajo tuvo un comienzo inseguro. En mi primera sesión de supervisión anterior, según recuerdo, a que viera al paciente, ella dijo mirándome con dudas: “Le dije que Ud., tiene experiencia”. Sólo al escribir esto se me ocurrió preguntarme qué expresión vio ella en mi rostro; estoy seguro de que no percibió nada que irradiara una tranquila y confiada seguridad. Nunca había intentado antes trabajar con un paciente comprometido en travestismo, y sólo había comenzado con algún paciente analítico de otro tipo. Sin embargo, mi primera sesión con el paciente provee lo esencial de este segundo ejemplo clínico.

Entró, un hombre mayor que yo y que a mí me pareció mucho más inteligente, experimentado en los asuntos de la vida, y seguro de sí mismo de lo que yo me sentía. Se sentó en el lugar designado, del otro lado del pequeño escritorio, detrás del que yo tomé asiento. Los primeros minutos del relato de su historia anduvieron bastante bien; pero después hizo algo para lo cual yo no estaba en absoluto preparado. Sacó de su bolsillo algunas fotos y las empujó sobre el escritorio para que las examinara. Claramente habían sido tomadas por un fotógrafo profesional y eran todas de él, pero usando una peluca larga y rubia, ropa femenina ligera y sexy y en varias posturas excitantes.

Las miré una tras otra, intentando transmitir una modalidad calma y levemente interesada, tratando de asumir y mantener la pose de alguien que empezaba su enésimo caso de psicoanálisis y examinaba su enésimo juego de esa clase de fotos. Pero en realidad estaba experimentando mi enésimo ataque de ansiedad aguda con palpitaciones, transpiración y todo el resto. Durante esos pocos instantes me sentí solo con mi severa ansiedad y esas extrañas fotos, y sentí que mi situación allí era intolerable. Entonces lo miré fugazmente y se me ocurrió con un torrente de ira: “Bueno, el hijo de puta me está mirando como un halcón!”. Mi furia hizo desaparecer instantáneamente mi ansiedad y yo estuve en condiciones de echar una rápida mirada a las fotos que quedaban y continuar con el resto de la entrevista, sin ninguna dificultad significativa.

Este capítulo no es una presentación firmemente organizada de puntos teóricos, material clínico ilustrativo y temas relevantes de la literatura. En cambio, toca diversas áreas de un campo en gran parte inexplorado, un campo cuyas dimensiones apenas he podido vislumbrar, acerca del cual no estoy en posición de hacer afirmaciones generales o definitivas.

ALGUNAS RAZONES SOBRE LA HABITUAL SUBESTIMACIÓN DE ESTE TEMA

Probablemente los analistas encontramos difícil liberarnos de la tendencia general entre la gente de pensar que la cara es equivalente a superficialidad, como está implícito en muchas frases de uso diario, como “de valor sólo por su cara” o “al mal tiempo buena cara”. Más aún, si la mayoría de nuestros pacientes usan diván y, por lo tanto, ven muy poco de nuestra cara, podemos tender a asumir que nuestras expresiones faciales actuales en esencia no tienen importancia en el trabajo (estoy mucho más interesado en lo que realmente recibe del analista que en las *percepciones*, distorsionadas por la transferencia, de la cara del analista). Además, es al menos posible que alguien que elija pasar alrededor del noventa y cinco por ciento de su vida laboral adulta sentado detrás de un diván, sin que su cara sea vista por ninguna persona, tenga algo más que una buena parte de conflictos inconscientes a este respecto, nunca explorados por completo en su análisis didáctico, relacionados con su rostro y el despliegue de expresiones, o la relativa ausencia de ellas.

EL ROL DE LAS EXPRESIONES FACIALES EN LA SIMBIOSIS TERAPEUTICA

Mi interés en aquello que he llamado simbiosis terapéutica me ha hecho entender profundamente la importancia de las expresiones faciales del analista. Hace muchos años (Searles, 1959) escribí acerca de mi experiencia de que la relación simbiótica constituye una fase necesaria en el psicoanálisis o en la psicoterapia con pacientes tanto neuróticos como psicóticos. Más tarde (1963) informé que “una fase de relación simbiótica en la transferencia con un grado significativo de mutualidad contenido, no sólo por momentos sino por meses, es la fase central en la psicoterapia de la esquizofrenia”, y enfatiqué que la cara del terapeuta tiene un papel central en esta interacción simbiótica. Traté este tema particular, en muchas páginas con referencias a la literatura incluyendo a Spitz (1945), quien dijo: “el niño ...aprende a distinguir objetos animados de los inanimados por el espectáculo provisto por la cara de su madre en situaciones plenas de satisfacción emocional” (p. 645). Spitz (1957) afirmó: “La iniciación del funcionamiento del principio de realidad es evidente a los tres meses, cuando el infante hambriento se torna capaz de suspender el impulso hacia la inmediata gratificación de su necesidad oral. Lo hace por el tiempo necesario para percibir la cara de la madre y su reacción. Este es el escalón del desarrollo en que el ‘yo’ es diferenciado del ‘no yo’, en que el infante se da cuenta de que hay un entorno ajeno a él” (p. 645).

PERSPECTIVAS DE FREUD SOBRE ESTE TEMA (QUE TIENDEN A SUPRIMIRLO DE NUESTRO FOCO DE ATENCIÓN)

Esta referencia, a menudo citada, de Freud (1913) provee otro útil punto de partida:

“Mantengo el consejo de hacer que el enfermo se acueste sobre un diván, mientras uno se sienta detrás, de modo que él no lo vea. Esta escenografía merece conservarse por varias razones. En primer lugar a causa de un motivo personal, pero que quizás otros compartan conmigo. No tolero permanecer bajo la mirada fija de otro, ocho o más horas al día. Y como mientras escucho yo mismo me abandono al decurso de mis pensamientos inconscientes, no quiero que mis gestos ofrezcan al paciente material para sus interpretaciones o lo influyan en sus comunicaciones... Persisto en ese criterio... que tiene el propósito y el resultado de prevenir la inadvertida contaminación de la transferencia con las ocurrencias del paciente, aislar la transferencia y permitir que en su momento se la destaque nítidamente como resistencia.”

Jones (1955) en su biografía de Freud, comentó este aspecto de la técnica de Freud:

“Recordaba en primer término el origen histórico de este hábito, que provenía de la época del hipnotismo, pero no dejaba de observar al mismo tiempo que personalmente le disgustaba ser el objeto de la mirada constante y fija de los pacientes durante muchas horas diarias. Estos son, por supuesto, factores extrínsecos. Más importante que esto es la necesidad del analista de estar en una posición que le permita dar rienda suelta a sus pensamientos sin que el paciente pueda advertirlos de algún modo por los cambios en su fisonomía, cosa que alteraría la pureza de los fenómenos de la transferencia.”

EXPERIENCIAS CONTRATRANSFERENCIALES TÍPICAS EN RELACIÓN CON MIS EXPRESIONES FACIALES EN EL TRABAJO CARA A CARA CON PACIENTES BORDERLINE

Un hombre borderline en sus veintitantos años de edad con quien trabajé durante tres años una o dos veces por semana, era similar en algunos aspectos a otros pacientes de variados grados de enfermedad que he tratado. Nunca me pareció viable recomendarle que usara el diván, ya que aunque mejoró notablemente en ese tiempo, tenía razones para creer que la integración de su yo era lo bastante precaria como para que fuera mejor que él permaneciera sentado. Este aspecto del trabajo fue bastante estresante para mí por el grado en que él estaba sintonizado con mis expresiones faciales. Durante el primer año de trabajo parecía estar cerca de alucinar, a menudo parecía volver a mirar mi cara como un refugio de una miríada de figuras semialucinatorias a los lados, y en muchos momentos, mientras me miraba, tuve la clara sensación de que no veía ni mi cara ni la de ningún otro ser humano, sino algo muy distorsionado (aunque nunca quiso ni pudo confirmar esta hipótesis). Me di cuenta, con el tiempo, que me era útil observar en qué momento ocurría este fenómeno, que progresivamente se hizo menos frecuente: cuándo su mirar mi cara de un modo básicamente realístico, como un individuo separado, en una relación interpersonal, se disolvía en una mirada inmersa observando Dios-sabe-qué, aunque *parecía* que todavía estaba mirando mi cara.

Típicamente yo me sentía, casi todo el tiempo en casi todas las sesiones, en gran conflicto, y me era imposible en el trabajo con este hombre enmascarar mis expresiones faciales. Sin duda mis conflictos en un alto grado eran introyectados desde él, y esencialmente él me miraba para que mi expresión le dijese qué estaba ocurriendo en su propio inconsciente. Además él podía hablar lo suficiente sobre su vida familiar casi esquizofrénica de años anteriores como para darme un material rico para interpretar. También nuestro tiempo juntos era tan limitado y los momentos para interpretar tan fugaces, que sentía que se perdía una oportunidad preciosa si me callaba.

Por otro lado mi buen criterio me decía que, con raras excepciones, cualquier interpretación sería prematura. Sin embargo hice bastantes, y encontré ocasiones para compartir con él también un buen número de viñetas relevantes de mi propio pasado, pero sintiendo una crónica autocensura al hacerlo. Frecuentemente él me preguntaba: “¿*Qué está pensando?*”, invariablemente en un momento en que me acababa de dar cuenta de algo nuevo sobre él. Eventualmente empecé a sentir que una razón mayor, si no la mayor, por la que él prosperaba en sus años de trabajo juntos fue que yo encontrara el coraje de compartir con él tantas cosas como hice, a pesar de la crónica intimidación de mi superyó.

A lo largo del camino me fui dando cuenta de que el aspecto de la interpretación prematura debía ser contrapesado con el aspecto reservado, potencialmente tentador y hostil para él, ya que habiendo yo comprendido algo, luego me negaba a compartirlo con él. El trabajo era inevitable y crónicamente tentador para ambos; pero eventualmente logró convencerme de que encontraba de gran valor la revelación que yo le hacía de los variados conflictos emocionales en los que me hallaba durante las sesiones, enunciándole la naturaleza de los mismos en la mejor forma en que podía hacerlo. Creo que uno de los grandes valores de nuestro trabajo para él fue que le permitía identificarse conscientemente, con mayor profundidad de lo que había sido posible en su familia de origen, con alguien que es conscientemente capaz de experimentar y enunciar conflictos emocionales.

En mi trabajo con él, como con otros pacientes con diferentes grados de enfermedad, encontré evidencia de su identificarse inconscientemente, en sus expresiones faciales, con las mías según las percibían (en su mayor parte *inconscientemente*). Es decir, en alguna ocasión intentaba citar o parafrasear algo que yo había dicho en una sesión anterior, y sus expresiones faciales (y otros aspectos de su comportamiento), en su esfuerzo de hacerlo, me permitían entender que inconscientemente no sólo estaban citando o parafraseando mis palabras sino mis expresiones faciales (y otros aspectos no verbales de mi comportamiento) cuando yo había hecho esos comentarios. Por ejemplo, una vez dijo: “¿*Recuerda lo que dijo la sesión de la semana pasada? Ud. dijo...*” y luego se quedó callado por algunos instantes, viéndose muy poco comprometido; luego parafraseó por uno o dos minutos algunos de los comentarios que yo había hecho en la sesión anterior, reproduciéndolos según recuerdo bastante adecuadamente; pero el hecho inmensamente interesante fue el *modo* en que lo hizo. Después de haber estado callado por algunos instantes, cerca del principio de esto, le pregunté si esa pausa era parte de lo que yo había dicho, y él negó que lo fuera. Entre paréntesis, he encontrado pacientes típicamente muy resistentes a ver el aspecto de identificación inconsciente de esa conducta.

Continuó parafraseando lo que yo había dicho, mientras a los tropezones hablaba dubitativamente, empezaba una línea de pensamiento y no la terminaba, se veía tímido y, más aún, mostraba clara evidencia de un marcado desorden del pensamiento. Yo privadamente encontré esto gracioso y enormemente revelador de sus percepciones inconscientes de mi persona, incluyendo mis expresiones faciales. Él inmediatamente rechazó dos veces mis intentos, en los siguientes minutos de interacción, de sugerir que ésta era la manera en que yo me veía y resonaba para él mientras estaba diciendo las cosas que él citaba o parafraseaba. Era claro que él atribuía toda sus dudas en la búsqueda de pensamientos y palabras, todas sus expresiones faciales vacías y pérdidas sucesivamente, simplemente a su propia dificultad para recordar lo que yo había dicho y expresarlo de un modo que hiciera justicia a lo que yo había dicho. Los pacientes habitualmente usan estas razones para explicar sus dificultades al citar algo que el analista ha dicho. Como en los casos de otros pacientes, una tenaz sobreidealización de mi funcionamiento mental lo defendía de su percepción inconsciente de mí como la personificación de persona(s) de su pasado con considerables dificultades en la integración del yo, persona(s) que eran fuentes de sus propios introyectos más enfermos.

En mi supervisión del trabajo de un colega con un hombre severamente borderline, que lleva ya cuatro años, el terapeuta describió: “Él dice que sabe lo que está sintiendo por la expresión de mi cara; ha dicho eso muchas, muchas veces en estos años. Una vez dijo que sabía que (él) estaba enojado porque yo le había gritado”. En esta terapia ha sido muy impactante, tanto para mí como para el terapeuta, cuán frecuentemente el paciente era capaz de acceder a sus propias emociones (disociadas y proyectadas) en primer lugar, *a través* de las expresiones que observa en la cara del terapeuta³.

LA TRASCENDENCIA MADURATIVA, EN PACIENTES PROFUNDAMENTE ENFERMOS, DE IR ADQUIRIENDO LA CAPACIDAD DE FOCALIZAR SU ATENCIÓN EN LAS EXPRESIONES FACIALES DEL ANALISTA

En mi experiencia, el hecho de que el paciente se torne capaz de localizar su atención en las expresiones faciales del analista significa un avance muy significativo en el desarrollo de una mejor integración y diferenciación del yo; pero este desarrollo puede quedar muy demorado, o no ocurrir nunca, si el terapeuta no se da cuenta de la importancia central de esta dimensión del trabajo.

Aprendí algo sobre estas cuestiones durante la terapia de un año y medio, dos veces por semana, con un hombre de treinta años cuya madre se había vuelto crónicamente psicótica durante su temprana infancia. Este hombre mostraba un funcionamiento yoico de tipo borderline, con rasgos de depresión psicótica. Estaba claro que había estado muy cerca de una psicosis franca en años anteriores, y la cuestión siguió en duda por un tiempo después de que nuestro trabajo comenzó. Era un individuo extremadamente emotivo y demandante y las sesiones eran muy estresantes para mí. En ningún momento usó el diván, ni yo se lo recomendé. Uno de los desarrollos útiles para mí fue darme cuenta, después de más de seis meses, qué parte del stress de las sesiones derivaba de su focalización en mis expresiones faciales mientras hablaba (él era

quien hablaba la mayor parte del tiempo), mientras invariablemente se veía insatisfecho haciéndome sentir que, cualesquiera fueran mis cambiantes expresiones (y estoy seguro de que incluían una amplia variedad de expresiones positivas y negativas de diferentes tipos), éstas no eran satisfactorias, no eran las que él estaba necesitando. Él tuvo importantes adelantos durante nuestro trabajo relativamente corto y, aunque no me di cuenta en ese momento, uno de ellos fue el hecho de que hubiera podido centrarse perceptiblemente en mis expresiones faciales; yo simplemente acepté que no me había dado cuenta, mucho antes, de que él había podido hacerlo todo el tiempo.

Sin embargo, a pesar de que él se iba moviendo con seguridad fuera del área de una potencial psicosis y llegando al reino de su conflicto edípico, finalmente prevaleció su insatisfacción conmigo, y mis reacciones negativas hacia él. Después de trabajar aproximadamente dieciséis meses con él, empecé a sentirme libre para mirarlo con un frío desagrado, y esto me resultaba muy liberador. Esto toca el tema del grado con que un analista, en el trabajo con cualquier paciente, en cualquier estadio del trabajo, pueda sentir que es necesario ocultar sus expresiones faciales espontáneas; si el analista no necesita seguir intentando mostrar una máscara neutral o benigna en su cara, independientemente de lo que sienta, esto indicará seguramente una gran mejoría en la fortaleza yoica del paciente.

Seguramente yo ya había mirado muchas veces a varios pacientes con una franca mirada de frío desagrado en mi cara. Pero nunca antes había permitido, a sabiendas, que esa expresión emergiera mostrando mi actitud básica hacia un paciente con quien yo conscientemente tenía intención de seguir trabajando, a pesar del stress implícito. Esto realmente me parecía bien; sentía que quizás me podía animar a ser más yo mismo en mi trabajo con los pacientes en general, que lo que antes me había atrevido a pensar. Lamentablemente (pero seguramente no por casualidad) no pasaron muchas semanas hasta que el paciente me dijera que había decidido ir a otro terapeuta, explicándome que se había dado cuenta hacía un largo tiempo que él no me agradaba.

LA CUESTION DE SI EL PACIENTE SE SIENTE CAPAZ DE INFLUIR EN LAS EXPRESIONES FACIALES DEL ANALISTA

He aprendido en estos últimos años que una vez que se hace evidente, tanto para el paciente como para el terapeuta, que las expresiones faciales de este último son de gran interés para el primero, se hace muy importante establecer hasta qué grado el paciente se siente capaz de influir en las emociones que ve en la cara del analista. Cuanto más se mejora asume con mayor facilidad, y sabe, que lo que dice o hace está íntimamente relacionado con las respuestas expresivas del rostro del analista.

En la situación del hombre que acabo de describir, cuando observaba mi cara a lo largo de las sesiones, con una mirada intensamente insatisfecha, yo no me daba cuenta de que él sintiera alguna conexión entre lo que decía y hacía, por un lado, y las diferentes expresiones faciales que percibía en mi cara, por el otro. Es decir, yo percibía que él no se sentía insatisfecho consigo mismo por una falla sentida como propia de lograr traer a mi cara la(s) expresión(es) que él ávidamente buscaba.

Otro paciente que mostraba aproximadamente el mismo grado de conexión y no-conexión con mis expresiones faciales era una mujer de 42 años con quien trabajé durante algo más de un año, habitualmente una vez por semana. Esta mujer, fácilmente reconocible al comienzo como borderline en su funcionamiento yoico, usaba las palabras como balazos durante las sesiones. Desde el comienzo yo me sentía sometido a un bombardeo verbal, altamente agresivo, aunque la paciente genuinamente parecía disociar el área de su agresión transferencial hacia mí. En este breve resumen no intento decir que yo, mientras tanto, no hacía nada. Pero recuerdo que sólo después de varios meses, me di cuenta súbitamente de cómo la paciente se comportaba exactamente como si estuviera mirando televisión (como con seguridad lo hacía en su reclusa vida diaria, literalmente durante muchas horas por semana). Miraba mi cara, mientras me sometía a una interminable y rápida catarata de producciones verbales psicótico borderlines, pero su cara indicaba que no se sentía la causa de los cambios en mi expresión facial, del mismo modo en que podría sentirlo cualquier televidente; su cara era la de alguien que mira pasivamente un espectáculo fascinante.

Después de varios meses descargué sobre ella la ira contenida, de la que me había estado haciendo consciente en las últimas semanas. Quedó consternada por mi reacción, pero en absoluto aplastada o herida, y el trabajo anduvo mejor durante los siguientes meses hasta que, por causas totalmente exteriores al mismo no pudo continuar.

Mrs. Douglas (un seudónimo), es una mujer crónicamente esquizofrénica con quien he trabajado muchos años; en otros lugares he escrito sobre algunos aspectos de su tratamiento registrado en grabador (Langs y Searles 1980, Searles 1972). Aquí quiero informar que la mejoría en la integración de su yo y su diferenciación se aceleró considerablemente durante el último año, al interesarse ella en mi expresión facial, o la falta de ella durante las sesiones. Fue fascinante para mí, y de un valor enormemente constructivo para ella, que nos fuéramos dando cuenta cada vez más de cómo las expresiones verbales de su experiencia alucinatoria eran hasta ese momento intentos inconscientes de lograr que aparecieran variadas expresiones en mi cara. Hace algunos años ya, después de varios años de tratamiento conmigo su propia cara se había vuelto cada vez más viva, con emociones variadas que habían sido largamente disociadas. A pesar de esto durante unos años todavía se mantuvo fuera de contacto con sus emociones; uno las podía ver en su rostro pero las interpretaciones en relación con ellas no le eran útiles.

Relataré algunas muestras de datos significativos ocurridos en los últimos meses. Entre paréntesis, había sido muy llamativo, y también exasperante y entretenido para mí haber visto, dos meses antes, cuán incapaz era ella todavía de sentirse responsable en algún grado de diferentes emociones negativas que veía aparecer en mi cara. Durante una sesión en particular, en la que yo me sentía enloquecido y profundamente conflictuado bajo el ataque de una catarata incontrolable, predominantemente sádica y alucinatoria, imposibilitado de interpretar, miró mi cara y me dijo con una compasiva y sana preocupación: “¿Qué le están haciendo ellos?”. Ese “ellos” se refería claramente a los perseguidores omnipotentes que, en su experiencia, la torturaban no sólo a ella sino también a mí y a todos los demás. El desconocimiento de su propio sadismo hacia mí no habría podido ser más completo.

Antes de ese momento ella me había hablado muchas veces, durante meses, de que sentía la presión de tener que pensar en qué cosas decir para *armar la conversación* y del terror de venir a la sesión por este motivo. Por mi parte, me había dado cuenta hacía bastante tiempo de que usaba la charla compulsiva como una defensa durante las sesiones con ella, y había estado esforzándome, durante meses, para ayudarnos a ambos a liberarnos de la necesidad de mantener la conversación.

En la primera sesión del mes ella estaba hablando de la convicción alucinatoria, que había tenido durante varios meses, de que estábamos en la luna, y que ella necesitaba y deseaba que la llevaran a su propia casa (altamente idealizada, alucinada), en la tierra. Ed, un amigo imaginario, tenía que llevarla; pero estaba borracho en un motel a mitad de camino de la casa donde ella vive actualmente, y “*él además tiene nuestra camioneta. No podemos hacer nada hasta que esté sobrio*”. Entonces se detuvo por varios segundos (lo que no era inusual); durante ese tiempo me dirigió una mirada muy directa que significaba (según yo había aprendido un largo tiempo antes) que lo que acababa de decir se aplicaba directamente a mí —ya sea que yo tenía que rectificar la situación que ella había delineado o (a menudo) que yo tenía que reasegurarle que no le iba a hacer esa variedad de cosas terribles que, muy seguido, ella describía que esos “ellos”, malévolos y omnipotentes, le hacían una y otra vez.

Aquí le comenté: “*Ud. me está dirigiendo, nuevamente, esa mirada directa. ¿Qué tengo que hacer, ponerlo sobrio? Se supone que yo...*”. Ella me interrumpió, explicando: “*Esa es-eh-Sibyl*”, de quien yo sabía desde hacía meses, que era un introyecto que, según decía la paciente, está en su ojo derecho y a menudo hace la mayor parte de la conversación durante la sesión.

Yo comenté, confirmando: “*Es quien me mira de esa manera*”. Ella contestó : “*Sí. Ella lo mira así, esperando que Ud. arme la conversación*”. Pensativamente le comenté: “*Oh*”. Ella continuó: “*Yo le pregunté (es decir a Sibyl) si estaba lista esta mañana. Ella dijo : ‘Sí, pero quiero que él (refiriéndose a mí) haga el trabajo’*”. Le pregunté: “*Bueno, ¿Sibyl me dirige a mí ese tipo de mirada que yo habitualmente le dirijo a Ud.?*” Ella acordó enfáticamente: “*Sí*”. Le comenté: “*¿Yo le dirijo esas miradas directas?*” Nuevamente confirmé: “*A-ha*”.

Esto me pareció muy esclarecedor, aunque por supuesto también desmoralizante. En los varios meses que intenté ayudarla (tanto como a mí mismo) a ir liberándose de la necesidad de conversar, no me había dado cuenta de que todavía le estaba dirigiendo (o mejor dicho siempre le dirigía) ese tipo de mirada enormemente presionante, directa, localizada, según ella me mostró convincentemente con su propia mirada.

Este es un ejemplo de cómo la expresión facial del paciente es una identificación con la del terapeuta según cómo la ha estado percibiendo. Más aún, yo no dudo que en esta instancia -es típico en estos ejemplos- esa expresión estaba realmente en mi cara, pero yo no era consciente de ella hasta ese momento.

En una sesión cuatro días más tarde, en un momento dado tuve la íntima comprensión de que ella estaba elaborando de un modo algo novedoso una antigua alucinación. Ella me dijo, dando una hojeada a mi rostro: “*Ud. actúa como si hubiera completado un buen trabajo.*” Le contesté: “*¿Ahora?*” Ella dijo: “*Sí.*” Le comenté: “*¿Ud. no me ha visto esta mirada antes?*” Ella confirmó, diciendo: “*No. ¿Esa es la mirada que Ud. quiere tener?*”. Le contesté: “*Bueno, Ud. puede creer que es la mirada que quiero tener, ¿no?*”. Ella contestó: “*Sí.*” Yo continué: “*Esto introduciría la posibilidad de que yo estuviera en control de mis miradas, ¿eh?*”. Ella contestó: “*Bueno, es difícil estar en control de sus miradas; pero, quiero decir, podría ser lo que Ud. está tratando de desarrollar.*” Le comenté: “*Para Ud. ¿es difícil estar en control de sus miradas, por ejemplo?*”. Ella contestó: “*Sí, antes yo podía hacerlo, pero ya no lo puedo hacer más, es terrible.*” Yo comenté empáticamente: “*Ah...*” Y ella continuó: “*Todavía no tengo mi cabeza. [Por muchos años, ella había sentido su cabeza, y otras partes de su cuerpo, como si no fueran suyas.] Supongo que la voy a tener el lunes, después se supone que nos vamos a la tierra, a casa.*” Le comenté en mi tono habitual de semi pregunta: “*Bueno, ¿tener su propia cabeza, probablemente incluya ser capaz de tener el tipo de mirada que Ud. quiera tener en su cara?*”. Ella dijo: “*Sí.*”

Unos minutos más tarde estaba hablando de una alucinación conocida de un modo que me permitía encontrarle un sentido más claro; mirando mi cara, ella dijo: “*Ahí está! Ahora Ud. está teniendo nuevamente esa expresión!*”. “La expresión” significaba claramente, a la luz de nuestro diálogo anterior, mi expresión de haber terminado un buen trabajo. Significativamente lo dijo en un tono como si ella hubiese terminado una difícil tarea, a su propia satisfacción, y su propia expresión facial se parecía mucho a la que ella había descrito reapareciendo en mi cara. Me reí en voz alta y dije irónicamente: “*Por cierto que Ud. no está tratando de hacerme sentir consciente de mí, ¿no?*”. Ella protestó: “*No, yo sólo quería que Ud. mantuviera esa expresión.*”

En una sesión cuatro días más tarde, a los veinte minutos de comenzada, en un momento en que yo sentía y mostraba exasperación (como suele suceder) me preguntó, mirándome a la cara: “*¿Por qué ellos hacen que los Dres. Searles estén tan furiosos todo el tiempo?* [notar el plural de mi nombre; a lo largo de nuestro trabajo ella me había percibido a mí y a otras personas importantes para ella, como teniendo varios “dobles”]. *¿Es que...*” Yo interrumpí: “*¿Este [es decir este Dr. Searles] parece estar enfureciéndose también?*”. Ella estuvo de acuerdo diciendo: “*Sí, recién empieza hoy. Algunos de ellos se enojan todo el tiempo. Los pobrecitos lo pasan muy mal controlándose a sí mismos.*” Yo contesté: “*Sí.*”

Ella continuó: “*Supongo que es para eso que lo hacen*”. Yo contesté: “*Ellos lo hacen aparentemente para que los Dres. Searles lo pasen mal c... [yo estaba empezando a decir controlándose, pero un posible sentido diferente se me ocurrió] bueno, Ud. cree que ellos están tratando de enseñarles a ser capaces de controlarse a sí mismos?*”. Ella inmediatamente confirmó esto: “*Sí.*” Yo contesté: “*Oh*”, marcando que yo ahora comprendía cómo ella lo entendía, y continué: “*¿Una especie de ejercicio de autocontrol?*”. Ella confirmó: “*Sí.*” Yo continué: “*¿Y a Ud. sólo le queda mirar el espectáculo, cierto?*”. Ella contestó: “*Sí, y se desesperan y se vuelven de toda clase de colores..*” Yo le pregunté: “*¿Hay un cierto aspecto interesante de ver, no?*”. Ella aceptó: “*Bueno, es bastante fascinante.*”

Yo le contesté: “*Hm. Obviamente Ud. jamás ha tenido una sensación momentánea de estar contribuyendo ni siquiera de algún pequeño modo a la exasperación de ellos, ¿correcto?*”. Ella confirmó esto diciendo: “*No*”, y agregó, mientras yo me reía por lo bajo: “*Excepto que cuando no hablamos, ellos parecen enojarse.*” Comenté: “*Supongo que esa es una de las grandes razones por las que Ud. se ha ... eh... preocupado sobre qué decirles, ¿no?*”. Ella contestó: “*Sí.*” Yo la presioné todavía más aún: “*¿Es*

así? *¿Se enojan si Ud. no tiene cosas de qué hablar?*”. Ella aceptó, pero agregó: *“Bueno, ellos no parecen tener muchas ideas sobre ellos mismos. Bueno, ellos pasan todo el tiempo controlándose a sí mismos... y cambiando de color.”* Comenté: *“O sea que ellos no tienen mucha energía para dedicar a pensar, o...”*. Ella asintió enfáticamente: *“Para pensar, no. Eso consume todo su tiempo.”*

Después de un instante de pausa, ella comentó en un tono diferente, confrontador y bromista: *“Bueno, sin embargo Ud. controla muy bien su propio self; Ud. tiene todo... dominado.”* Yo comenté: *“¿Sin embargo dos o tres minutos atrás Ud. estaba empezando a dudar?”*. Ella respondió: *“Sí; parecía que ellos habían empezado con Ud..”*. Dijo esto con una expresión en su cara de satisfacción severamente sádica (no rara entre sus expresiones) y yo le pregunté, casualmente: *“¿Ud. se encuentra alguna vez ... eh... más o menos... deseando que lo hagan, o...?”*. Inmediatamente contestó: *“No.”* La presioné: *“¿Eh?”* Y ella dijo: *“Aha”* (diciendo “no”). Yo dije: *“¿No? ¿Ud. no me desearía eso, supongo?”*. Y ella estuvo de acuerdo en que no lo haría.

Este intercambio fue para mí un ejemplo impactante de cuán incapaz era ella todavía de aceptar ninguna responsabilidad por ser la causa de que mis expresiones faciales estuvieran tan exasperadas, enojadas, o angustiadas, como efectivamente aparecían. Además, yo estuve moderado por esta evidencia adicional de cuán intensamente presionada por mí aún se sentía para hablar durante las sesiones. Sentí que en todas esas percepciones de mí, a pesar de sus orígenes transferenciales, había mucho de realidad inmediata.

LA UTILIDAD DE QUE EL SUPERVISOR ESTE ATENTO A ESTE TEMA

Actualmente estoy supervisando la psicoterapia de una vez por semana de un colega con una joven mujer borderline quien durante los primeros meses hablaba muy velozmente y sin parar, pareciendo darse cuenta sólo muy rara vez de él y sus sentimientos, aunque a menudo lo miraba a escondidas mientras hablaba⁴. Mientras tanto él decía muy poco, y ella parecía no querer más de él la mayor parte del tiempo.

En una sesión después de seis meses, ella dijo: *“yo no me siento cercana a mí misma para nada, no me gusta mirarme en los espejos -allí miro mi cuerpo pero no mi cara- es medio pavoroso...”*. Más tarde, en la misma sesión, después de describir otra de su miriada de experiencias borderline de ella y el mundo, dijo de otra experiencia peculiar (recurrente): *“creo que me aterroriza... ¿no piensa que es un poco extraño?”*. Él se quedó callado, como habitualmente parecía ser lo mejor en esa etapa. Yo le sugerí mi impresión, basada en mi trabajo con un paciente similar, de que su pregunta señalaba su desconcierto al no ver en la cara de él una expresión que indicara que compartía su sensación de que la experiencia que acababa de describir había sido realmente extraña.

Yo no quería decir que su cara debería tener esa expresión, sino más bien que el rol de su cara, y el interés de ella en la misma, había llegado a tener una significación mayor en la terapia que lo que ella le había dado a conocer conscientemente. De hecho yo asumo que es en el campo de las expresiones faciales del terapeuta donde este tipo de paciente puede encontrar un puente hacia un modo interpersonal de relacionarse con el terapeuta, que va aumentando a medida que el trabajo avanza; uno podría decir que es un puente para salir de su autismo. Esta paciente manifestaba en los primeros meses de trabajo el self absorbido por la dinámica del narcisismo, como característica típicamente borderline. Actualmente todo indica que la psicoterapia está funcionando, y yo supongo que el extrañamiento con su propia cara se resolverá cuando acepte sus percepciones de la cara del analista como cargadas de proyección. Esto trae a colación la pregunta de a quién, terapeuta o paciente, “pertenecen” las expresiones faciales del terapeuta en el trabajo con este tipo de paciente.

¿A QUIÉN -ANALISTA O PACIENTE- PERTENECEN LAS EXPRESIONES FACIALES DEL ANALISTA?

En un artículo anterior (1976) donde escribí sobre psicoanálisis y terapia psicoanalítica con pacientes en general, terminé el artículo con la hipótesis de que los síntomas del paciente se convierten (simultáneamente) en objetos transicionales, tanto para el paciente como para el terapeuta, en el desarrollo de la fase temprana de simbiosis terapéutica. Con las imágenes transferenciales del analista sucede lo mismo que con los síntomas del paciente: creo que, para que pueda ocurrir un análisis transferencial eficaz con cualquier paciente, ya sea

neurótico, borderline o psicótico, cuando se da una situación de holding en el análisis el analista debe aceptar como mínimo un modo de relación en un nivel de objeto transicional -si no un nivel más profundamente simbiótico- con la imagen o percepto transferencial particular.

Aquí deseo sugerir que, tal como en ese artículo describí que ocurría con los síntomas del paciente y las imágenes transferenciales del terapeuta, lo mismo ocurre con las expresiones faciales del terapeuta y del paciente. Es decir, en la fase central de simbiosis terapéutica con cualquier paciente, las expresiones faciales de cada uno de los dos participantes “pertenecen”, en un sentido, tanto al otro como a uno mismo. En el trabajo con un paciente muy enfermo, el terapeuta puede encontrarse haciendo muecas y teniendo expresiones faciales angustiadas (u otras) de algún tipo y nivel que sienta como considerablemente extrañas a él, y que en su mayor parte son una respuesta a sentimientos disociados del paciente. Una y otra vez he tenido la impresión de que sólo cuando ambos participantes pueden aceptar parte de la responsabilidad por estos fenómenos puede la emocionalidad previa y ampliamente disociada del paciente hacerse auténticamente propia, y el analista sentirá de nuevo su rostro y sus expresiones plenamente suyos, después de haber servido profundamente, durante tanto tiempo, como una pantalla para las emociones proyectadas del paciente. A las expresiones faciales del paciente y terapeuta se puede aplicar el concepto de Winnicott (1953) de fenómenos transicionales, “semi-pertenecientes” a cada uno de los participantes.

Repensando bajo esta luz mi experiencia con el hombre que dejó el tratamiento poco después de que yo me hubiera sentido libre como para mirarlo con frío desagrado, puede ser que mi “propio” desagrado no fuera predominantemente el mío, sino que estuviera basado en gran parte sobre mi identificación con contenidos que él me estaba proyectando. Es posible -aunque no me resulta fácil de creer- que si yo hubiera tratado la expresión de desagrado que encontré en mi cara como dato analítico compartible, buscando en particular sentimientos evitados de desagrado en él, de su infancia y otras épocas de su vida, todavía podría estar en tratamiento. Era como si yo hubiera reclamado antes de tiempo mi cara como propia.

El capítulo 4 de este libro es significativo aquí; se describe a los pacientes, sean o no borderline, como atravesando una fase de la evolución de la transferencia en la que el analista se convierte en un compañero de identidad simbiótico para el paciente. El artículo de Kohut (1971) donde habla de lo que él llama la transferencia especular es también pertinente. Por lo que yo sé Kohut nunca leyó ninguno de mis escritos, incluyendo aquellos publicados doce años antes en relación con la simbiosis terapéutica (Searles, 1959), un tema íntimamente relacionado con sus propios puntos de vista. Kohut escribe:

“El sentido estricto del término transferencia especular es la reinstalación terapéutica de aquella fase normal del desarrollo del self grandioso en la cual el brillo en el ojo materno -que refleja a modo de espejo el despliegue exhibicionista del niño- así como otras formas de participación y respuesta materna en el placer narcisista-exhibicionista confirmando la autoestima del niño, y, mediante una selección gradual y creciente de tales respuestas, comienza el encauzamiento en direcciones realistas. Lo que la madre fue durante aquel estadio de la evolución lo es ahora el analista: un objeto importante exclusivamente en la medida en que es invitado a participar en el placer narcisista y, en consecuencia, a confirmarlo. (p. 116)

[El prefiere usar en un sentido más amplio] la fórmula transferencia especular para la totalidad de los fenómenos transferenciales que constituyen la expresión de la movilización terapéutica del self grandioso (p.123).

Por largos períodos, mientras el paciente comienza a movilizar sus antiguas necesidades narcisistas y también a menudo, luchando contra fuertes resistencias internas a desplegar su exhibicionismo y grandiosidad en la situación terapéutica, el paciente asigna al analista el rol de eco y espejo del narcisismo infantil, desplegado a pesar suyo. Aparte de su cauta aceptación de la grandiosidad exhibicionista del paciente, las contribuciones del analista al establecimiento y despliegue de la transferencia especular se restringen a dos tipos de actividades utilizadas con cuidado: él interpreta las resistencias del paciente contra la revelación de su grandiosidad, y él demuestra al paciente no sólo que la grandiosidad y el exhibicionismo jugaron alguna vez un papel adecuado a una etapa, sino también

que ahora se les debe permitir el acceso a la conciencia. Sin embargo, por un largo período del análisis es casi siempre perjudicial que el analista enfatice la irracionalidad de las fantasías grandiosas o que haga hincapié en la necesidad realística de que el paciente controle sus demandas exhibicionistas (p. 271-272)”.

Los comentarios de Kohut son de gran valor, aunque no creo que él se diera cuenta hasta qué grado sorprendente los pacientes muy graves han sido convocados, notablemente temprano en sus vidas, a funcionar como esa madre especular para sus propias madres (Searles 1966-1967, 1975). Sin embargo sólo deseo enfatizar que mientras Kohut le hace bastante justicia a la necesidad del paciente de respuestas en el campo de la capacidad empática, bondad, amabilidad y, en esencia, bondadosa aceptación por parte del analista, en sus libros (Kohut 1971, 1977) apenas se ocupa de la necesidad igualmente grande del paciente de oportunas respuestas de tipo muy agresivo, por parte del analista.

LA NECESIDAD PARA EL ANALISTA DE ESTAR SINTONIZADO CON SUS PROPIOS SENTIMIENTOS AGRESIVOS Y AMOROSOS

La sintonía del analista con sus propios sentimientos agresivos y el hábil uso de éstos en sus respuestas al paciente, juega un papel apenas menor que el de sus respuestas amorosamente maternas. Aunque experimentarse como una madre amorosamente empática casi todo el tiempo pueda alimentar el narcisismo del analista, la emergencia de las capacidades adultas del paciente de sentir, incluidas sus capacidades ejecutivas y agresivas, requiere que el analista esté dispuesto a acceder fácilmente a sus propias respuestas de “Madre Mala” más que lo que uno creería leyendo a Kohut.

Por ejemplo, la paciente crónicamente esquizofrénica con quien trabajé muy exitosamente (de modo tal que ya por años, no ha mostrado más que un grado borderline de lesión en el funcionamiento de su yo), se veía al principio como una mujer de apariencia muy frágil quien, muda e inmóvil durante los primeros años de mi trabajo con ella, parecía mantenerse durante meses, al borde de la muerte. Retrospectivamente siempre sentí que un punto de inflexión importante (y posiblemente el más importante) en nuestro trabajo consistió en ir alcanzando gradualmente, contra grandes resistencias por parte de ambos, un modo de relacionarnos en que nos desgarrábamos salvajemente uno al otro. Recuerdo especialmente una sesión cara a cara en que ella gritaba acusaciones sobre mí, su rostro lleno de odio justificado, mientras yo simultáneamente le gritaba a ella sin duda con la misma expresión de odio justificado en mi cara. Ese tipo de espejamiento, tan esencial en mi mente para la necesaria profundización tanto de la simbiosis terapéutica como la individuación subsiguiente, no es descrita por Kohut. También trato de encontrarlo entre mis supervisandos y sus pacientes; así considero como un desarrollo bienvenido cuando un supervisando, quien se había refugiado por años en el rol del terapeuta adulto y sano que intenta (inevitablemente condescendiente), ayudar al paciente enfermo, ha llegado finalmente a relacionarse con el paciente como, en esencia, su par emocional y un compañero adulto. Conuerdo con la simple afirmación de Sager (1957): “Es nuestra creencia que en la terapia (y, yo agregaría, en análisis) uno debería trabajar hacia una relación en la que el paciente acepte su condición de igual al terapeuta como ser humano maduro” (p. 306).

El hombre que buscó análisis por travestismo usó sistemáticamente el diván después de la primer entrevista, y la mujer que acabo de describir lo ha hecho la mayor parte del tiempo en estos últimos años. Con esas excepciones mis viñetas clínicas hasta ahora han sido del tratamiento de pacientes que no usaron el diván. Los pacientes que describiré a continuación sí lo utilizaron.

EJEMPLOS CLÍNICOS ADICIONALES DEL TRABAJO CON PACIENTES QUE USAN DIVAN.

Ocasionalmente uno ve un paciente que le dice con franqueza al comienzo de la sesión que uno parece tan preocupado o cansado; y otras, que él asume que esa sesión, recién iniciada, difícilmente será de alguna utilidad. Es bastante capaz de sentir y expresar su consternación, exasperación, sensación de inutilidad (y otras) sobre esto. Cuando un paciente está tan capacitado como para hacer saber al terapeuta que su

expresión facial al comienzo de la sesión es muy importante para él, no existe ningún problema del que necesite ocuparme en este capítulo.

Sin embargo he visto pacientes que no son capaces por muchos meses, e incluso algunos años, de hacerme saber que todo ese tiempo habían estado evaluando mi expresión facial durante los breves instantes disponibles cuando entraban a mi consultorio, para determinar mi humor, o mi capacidad o incapacidad para un trabajo profundo y significativamente colaborador durante la sesión, u otras cuestiones. Creo que en la mayoría de las instancias esta evaluación por parte del paciente fue tan inconsciente para él como imperceptible para mí. Pero supongo que una gran cantidad de horas con muchos pacientes transcurren en su mayor parte en vano porque el paciente, habiendo echado un vistazo a la cara del analista a la entrada del consultorio, descartó esa sesión como inútil. Me doy cuenta de que no es fácil para el analista interpretar esta interacción no verbal, ya que uno no desea conscientemente incrementar las inhibiciones del paciente; pero si el analista se da cuenta de estos fenómenos y de su frecuencia, puede encontrar modos constructivos de utilizarlos.

El fenómeno descrito anteriormente de un paciente que observa sus propias emociones inconscientes en la cara del analista ocurre con frecuencia en el trabajo con pacientes que usan el diván, durante esos momentos en que el paciente echa un vistazo a nuestra cara al irse.

Por ejemplo, un hombre borderline de 41 años dedicó una sesión entera a pedirme consejos sobre qué hacer con las demandas airadas de su hermano menor acerca de su padre. A lo largo de la sesión él hablaba de un modo que parecía conscientemente no enojado, no demandante, cortés, respetuoso, considerado, expresando que se daba cuenta de que el darle consejos en relación con su vida fuera de las sesiones, no era una de mis funciones. Pero al finalizar la sesión mientras se levantaba del diván, dijo: “*¡Ud. no me ha dicho todavía qué debería hacer!*”. Al decir esto él sonaba y se veía muy enojado e insatisfecho, de modo que, por enésima vez, yo no estaba seguro si él continuaría el tratamiento. Dudé que se diera cabal cuenta de cuánta ira tenía al decir esto. Yo me sentí sacudido de un modo muy desagradable por la abrupta y franca ira e insatisfacción en su declaración.

Sin embargo sí volvió al día siguiente y, cinco minutos después de empezar la sesión, mientras nuevamente permanecía en silencio mientras él hablaba de la misma situación de la vida diaria que lo había estado molestando el día anterior, dijo: “*Lo que dije al final de la sesión de ayer cuando me levantaba del diván era un chiste; salvo que cuando lo dije mi voz no sonaba como una broma como pensé, y su cara no se vio como que Ud. pensara que era un chiste... Ud. pareció sorprendido...*” Yo le dije: “*Recuerdo haberme sentido sorprendido, y dudaba que Ud. se diera cuenta de cuán furiosamente eso le salió.*” El confirmó fuertemente ambos aspectos de mi afirmación.

Una mujer de 40 años, madre de un niño, al comienzo de su análisis conmigo mostraba un típico funcionamiento, “como si”, (Deutsch, 1942). Trabajé con ella aproximadamente seis años con una frecuencia de cuatro veces por semana. Comenzó a usar el diván después de las dos primeras entrevistas y siguió haciéndolo de allí en adelante. Por unos cuantos años encontré que el trabajo iba mejor si yo era parco con mis interpretaciones; durante esos años cualquier interpretación que yo intentaba era pasible de ser usada por esta mujer de mucha labia, al servicio de su resistencia. (Ella usaba las palabras predominantemente con intenciones inconscientemente defensivas, para mantener sus afectos ampliamente disociados, y para protegerse a sí misma de sentir ninguna fuerte emoción conmigo.) Mientras tanto, durante esos años, encontré que su sintonía con mi cara probaba ser una vía mucho más significativa emocionalmente para el desarrollo y despliegue de la transferencia que el campo de las palabras, dichas por cualquiera de nosotros.

Durante los primeros dos años de trabajo, y posiblemente por más tiempo, cada vez que yo decía que había terminado la sesión, ella se levantaba del diván y luego, antes de ir hacia la puerta, se daba vuelta y me miraba por un momento de un modo raro que me hacía sentir que me estaba fotografiando mentalmente. Yo no sentía ningún vínculo interpersonal durante este procedimiento (en armonía con la ausencia, en amplia escala, de su reconocimiento implícito de mi self individual durante la mayor parte de la sesión). Me sentía como si ella estuviese fotografiando un ser de otro planeta, ajeno al suyo. Pude entender esto como parte de su lucha por establecer una imagen internalizada de mí: al fotografiarme al finalizar cada sesión, ella podía mantenerla hasta nuestra sesión siguiente.

Mientras nuestro trabajo continuaba y se convertía en un genuino trabajo en común encontré evidencias de una gran variedad de fuentes, como las comentadas en el capítulo 4, de que en su transferencia conmigo yo había pasado a representar su compañero de identidad simbiótica. Es decir, en términos de su experiencia inconsciente, yo llegué a personificarla a ella misma, y ella a personificarme a mí o, en cada situación, partes de ese self. Me resultó evidente, retrospectivamente, que en el comienzo del tratamiento su propio self había estado tan ajeno a ella, tan distante como ella me había hecho sentir durante los instantes en que me “fotografiaba” (como lo estoy llamando aquí).

A medida que en los años siguientes florecía la transferencia de identidad simbiótica, todo el espectro de su vida emocional emergió poco a poco de su larga disociación y gradualmente se volvió ricamente diferenciada. Su “fotografiarme” continuó del modo ritualizado, pero ahora encontraba que imperceptiblemente tenía un significado mucho más ampliamente diferenciado y altamente significativo. Yo ahora sentía que ella era una persona “fotografiando” no sólo a otra persona sino “fotografiando” mi expresión facial particular (si había alguna), al final de una sesión que había llenado con material de un tipo particularmente repelente, enfurecedor, descorazonador, o cargado de tristeza (o cualquier otro sentimiento).

Observando de manera detallada la naturaleza de las miradas que intercambiábamos cuando se daba vuelta para mirarme antes de irse, a veces se podía ver que tenían un papel altamente significativo en episodios de acting-out, tanto sexuales como agresivos. Por ejemplo, luego de mirarnos uno al otro de un modo cálido y amistoso en un estilo sin precedentes al final de una sesión -pero una manera que no tenía casi ningún significado erótico, desde mi punto de vista-, ella se fue a un bar donde se encontró intercambiando miradas lujuriosas con varios de los hombres que estaban allí, y esa noche tuvo un sueño desembozadamente sexual (raro en ella).

Más adelante, después de años de trabajar juntos, sentía que cuando se daba vuelta hacia mí antes de irse ya no lo hacía para evaluar mis expresiones faciales en detalle; sentía que, en cambio, me estaba mostrando su propia cara llena de angustia, pena, dolor, u otras emociones intensas. Ya no me sentía fotografiado ni que ella me presentaba su cara para ser fotografiada. Mientras tanto, durante todo este desarrollo delineado brevemente aquí, las interpretaciones verbales habían estado jugando un papel extremadamente pequeño en el análisis, y no me había parecido adecuado hacer ninguna interpretación verbal en relación con estos desarrollos.

Una mujer de 45 años, madre de dos niños, una persona con un desorden narcisista de personalidad, con características maníaco-depresivas, empezó a analizarse conmigo con una frecuencia de cinco veces por semana. A los tres años hice la siguiente anotación después de una sesión con ella:

Aunque me siento crónicamente frustrado en mi trabajo con esta mujer por el hecho de que ella mantiene el trabajo en sus propias manos, en una alta proporción, y me hace sentir crónicamente inservible, incapaz, que no contribuyo, casi invariablemente la saludo de un modo amistoso y firme al comienzo de cada sesión. Y, aún más importante para este tema, al final de una típica sesión en la que me es dado sentir que hay una gran turbulencia adentro de ella y de que soy incapaz de ayudarla de ningún modo *verbalizado* (es especialmente típico de mi trabajo con ella permanecer *silencioso*, sesión tras sesión, mes tras mes), sin embargo digo -me mira con cuidado e inquisitivamente, aunque brevemente- antes de que abra la puerta al partir: “*La veo mañana*” o “*la veo el miércoles*” en un tono confiado, firme, amistoso, *reasegurador* -en un tono que yo siento que transmite básicamente confianza de que ésta ha sido una buena sesión y que yo sé que nuestro trabajo está andando bien.

Típicamente, cuando ella entra al comienzo de la sesión, parece preocupada, apenas me mira -a menudo no lo hace, y cuando lo hace no parece realmente verme- no hay nada que se parezca al sólido modo de relacionarse que yo siento en nuestro intercambio de miradas al final de cada sesión.

Anoche, un rato después de su sesión me di cuenta de que hay una pregunta significativa involucrada en todo esto: ¿hasta qué punto mi mirada a ella (y el comentario que la acompaña) al final de la sesión está: (a) contribuyendo a una crónica *disolución* del desarrollo y emergencia de la transferencia y la contratransferencia negativa (como yo he creído todo el tiempo que sucede) y, (b) (un pensamiento nuevo

para mí en mi trabajo con ella) hasta qué punto está contribuyendo a un ambiente de sostén que todavía es necesario en el tratamiento de esta mujer cuyas reacciones transferenciales hacia mí me resultan rara vez identificables, y, cuando lo son, ¿pertenecen típicamente a una variedad de pre-individuación?

Otro punto acerca del modo en que transcurre una sesión típica: después de nuestro significativo intercambio de miradas al finalizar las sesiones y que yo haya dicho “*La veo mañana*” (por ejemplo), ella dice: “*Sí*”. Otra pequeña descripción: en nuestro intercambio de miradas, ella empieza por verse, casi siempre, muy seria, y a menudo siento una fuerte rabia subyacente en ella, así como franca desesperación. Pero mi forma de mirar (y de hablar) parece desvanecer, parcial y momentáneamente, esos sentimientos negativos.

Tengo que explicar, en relación con la nota anterior, que hacía tiempo yo había empezado a sentir que nuestro intercambio de miradas al final de las sesiones era el hecho más importante que sucedía entre nosotros. En contraste con su conducta, que mantenía las emociones fuera de la sesión hasta el momento de su partida, al irse su cara estaba llena con sentimientos de diferentes tipos en distintas ocasiones, desde furia violenta a soledad, a desesperación, a amable camaradería, a dependencia infantil y otras. Mi respuesta firmemente consistente que parecía muy fuera de relación con su conducta emocional particular, no era planeada o manipulada por mí, sino más bien algo que me encontraba haciendo cada vez.

Dos meses más tarde escribí esta nota sobre algo que había ocurrido la semana anterior:

La sesión había transcurrido como era habitual con sus defensas narcisistas muy en evidencia, yo encontraba la sesión tan aburrida como poco inspiradora, y me encontraba inservible e irrelevante, como de costumbre.

Al finalizar la sesión nos miramos uno al otro como de costumbre -ella mientras iba hacia la sala de espera y yo mientras iba a la otra habitación (donde voy a buscar una taza de café o a trabajar un poco en mis carpetas, después de casi todas las sesiones con mis pacientes). Me miró de manera insistente hasta lograr traer lo que ella evidentemente veía como una chispa en mi mirada. De hecho yo sentí que, en respuesta a su presión -transmitida en su manera de mirarme- la miré con una afectuosa y reaseguradora chispa en mi mirada. Mi sensación fue que así estaba confirmando, desde su punto de vista, la validez de su altamente favorable opinión de sí misma o -desde mi punto de vista- la validez de su armadura de carácter narcisista.

En los momentos siguientes no me sentí enfurecido de que esto hubiese ocurrido. Posiblemente me sentí algo disgustado, o exasperado, o vencido pero -relativamente- muy poco. Principalmente sentí esto como un fenómeno interesante, y creo que es muy útil que haya podido alcanzar esta actitud analítica hacia mis propias expresiones faciales y también hacia las de ella. Probablemente no sea una coincidencia que apenas dos o tres sesiones más tarde, me permitió dar un importante vistazo a aspectos notablemente traumáticos de su infancia, en relación con serios problemas de adicción a drogas entre sus hermanos, uno mayor y otro menor que ella, y quizás también en ambos padres. Fue una clase de material que me hizo sentir genuina simpatía respeto por ella.

Mi respuesta a la forma en que ella me vio, con una chispa en la mirada, ofreciéndole la expresión facial que, como yo estaba llegando a aceptar, ella genuinamente necesitaba de mí, es una pequeña parte del tipo de material analítico de mi trabajo con varios pacientes que me sugirieron que, durante la fase de la simbiosis terapéutica, las expresiones faciales de cada participante “pertenecen” tanto al otro como a uno mismo y, por lo tanto, están en el campo de los fenómenos transicionales para ambos.

Una sesión dos meses anterior a la primera de mis notas citadas me había ayudado a desarrollar una comprensión más profunda de su necesidad de que yo funcionara, en la frase de Winnicott (1941, 1950, 1955), como “un ambiente suficientemente sostenedor”, y de la validez terapéutica de la interacción no verbal entre nosotros:

A las dos sesiones anteriores había llegado tarde -hasta 15 minutos- dejando claro que estaba muy ocupada con otros asuntos y se había estado comportando, además, desconsiderada y despreciativa hacia mí y el análisis. Cuando dejó un mensaje de que nuevamente llegaría tarde, sentí que crecía en mí una ira considerable hacia ella y pensé que, si llegaba muy tarde y con una actitud de “hacerse la importante y muy ocupada” como a menudo lo había hecho, yo comenzaría la sesión diciéndole que si la situación era que ella estaba teniendo tanta dificultad para hacer entrar el análisis en su apretada agenda, no habría problema conmigo si dejaba.

Llegó sólo seis minutos tarde y sus modales estaban lo suficientemente alejados de su frecuente estilo autoritario que cuando llegó no dije nada diferente a mi saludo habitual.

Otro punto importante de la situación: prácticamente desde el principio yo no le decía casi nada durante las sesiones, sólo la saludaba al comienzo y le avisaba que había terminado la hora al final. Durante esta sesión yo sentí que su tan típica reacción cuando le ofrecía un par de breves comentarios -encontrar, como de costumbre, que no encajaban- significaba que *cualquier* palabra que provenga de mí es demasiado *limitada*, demasiado *limitante*, para permitir la emergencia del dolor (y, sin duda, la rabia pero, especialmente hoy, el dolor), por lo cual ella todavía me necesita funcionando como un entorno sostenedor. Esta fue una experiencia nueva para mí; nunca antes lo había visto tan claramente.

Durante esta sesión continuó expresando tanto una profunda y genuina gratitud hacia mí por estar allí, tan confiablemente, a lo largo de nuestro trabajo, como un dolor sentido muy intensamente en relación con una cantidad de pérdidas en su muy temprana infancia, incluyendo la pérdida de una hermana menor con quien había tenido un vínculo en el que predominaba un lazo amorosamente simbiótico, un lazo como aquél que ella, más allá de su barrera de palabras, había desarrollado con claridad en su transferencia conmigo. Se estaba haciendo evidente que su vínculo simbiótico con su hermana menor había estado modelado sobre el modo de relación simbiótico de su madre con ella, lazo que, siendo muy pequeña, había perdido. Me sentí al borde de las lágrimas durante gran parte de la sesión, una experiencia poco frecuente para mí en el trabajo con mis pacientes.

Hasta el momento en que la fase de simbiosis ambivalente le ha dado lugar a una fase predominantemente positiva de simbiosis preambivalente, la mirada fija del paciente a la cara del analista como un compañero de identidad simbiótico puede ser seriamente estresante para el analista, siendo ésta una de las mayores razones por las que los analistas tendemos a no tener en cuenta la importancia de este campo en nuestro trabajo. Para dar un claro ejemplo de este punto me alejo del trabajo con pacientes que usan diván para contar mi experiencia, llevada a cabo hace muchos años, con una mujer esquizofrénica crónica, sobre quien escribí en mi monografía sobre el ambiente no-humano (Searles, 1960).

Después de muchos meses del comienzo de su psicoterapia esta mujer me miraba a menudo con una expresión en su cara en la que se mezclaban miedo, sobresalto y respeto reverencial, como si yo fuera un monstruo extraño a quien ella apenas se atrevía a mirar por un instante. Mi incomodidad al ser mirado así crecía a la vez hasta un formidable nivel de ansiedad. Esta ansiedad se veía aumentada por la circunstancia de que la mayor parte del tiempo durante el período de terapia, yo sentía hacia ella una intensidad de odio y aversión que mi superyó me reprochaba repetidamente: ningún ser humano debería sentir así hacia otra persona -y menos un médico hacia sus pacientes. No me ocuparé aquí de las razones de mis sentimientos negativos hacia ella en ese momento. Mi punto aquí es que la concepción de mí mismo como un ser humano se veía atacada desde dos direcciones: el paciente reaccionaba hacia mí como si fuera una especie de monstruo, y mi superyó me condenaba como si fuera monstruoso, inhumano lo que sentía hacia esa mujer. El hecho de que su propia apariencia y conducta, a lo largo de ese tiempo, fueran extraordinariamente extrañas en la opinión general de los miembros del personal (indicando que su reacción hacia mí como si fuera un monstruo extraño implicaba mucha proyección por parte de ella), me resultaba sólo parcialmente reasegurador. Posteriormente este período difícil pero necesario de proyección sobre mí de las extrañas concepciones de sí misma que tenía, se fue cerrando. Fue capaz de confiar en mí y decirme: *Yo sé que parezco rara a veces, pero estoy bien* (pag.365-366).

REPASO DE LA LITERATURA PERTINENTE

Greenacre (1966) en un artículo concerniente a los problemas de la sobreidealización del analista y del análisis nota que: “En la mayoría de las circunstancias la madre es la constante compañera del infante y el centro de su universo... hay un juego de respuestas emocionales, observable en sus expresiones faciales...” (p. 747). En un artículo anterior (Greenacre 1958), ella había descrito que:

“Las áreas del cuerpo que son... más significativas para comparar, contrastar y establecer el reconocimiento individual del self corporal y el de los otros son la *cara* y los *genitales*... Parecería que aún a una edad madura el individuo necesita otra persona similar a él mismo a quien mirar y con quien hablar, para poder sentirse seguro en su propia identidad, o sea, que hay un reforzamiento continuo del sentido del propio self a través de ‘incluir’ una persona similar sin la cual un individuo aislado siente primero una intensificación y luego una disminución de su sentido del self y de su identidad (p.614)”.

Lichtenstein (1961) concibe el “imprinting” en el niño de una identidad, realizado por la madre en el desarrollo normal temprano.

Elkisch (1957) describe tres pacientes que “trataban de recuperar en sus imágenes en el espejo aquello que sentían que habían perdido o podían perder: su yo, su self, sus límites” (p.236).

Youngerman (1979) describe un varón adolescente que había permanecido mudo por más de una década quien “fue hospitalizado y tratado al principio con una terapia no-verbal dentro del contexto de una teoría psicoanalítica del desarrollo... Sus expresiones y gestos no verbales eran espejados y expandidos en pantomima y teatro del absurdo” (p.286).

Khan (1982) escribe acerca de su trabajo con una joven mujer borderline: “Esperé, con la cara entre las manos, como es mi estilo cuando escucho cara a cara al paciente. En primer lugar no me gusta mirar al paciente con una supuesta mirada de neutralidad, ni ser mirado. En segundo lugar, puedo espiar a través de las ranuras de mis dedos cuando *necesito mirar* al paciente” (p.466).

Winnicott (1959) informa que:

“Es asombroso que hasta los niños muy pequeños aprenden a evaluar el humor de sus padres. Lo hacen al empezar cada día, y a veces aprenden a mantener un ojo en los rostros de su padre y de su madre casi todo el tiempo... Como ejemplo hablo de un varón de 4 años, un niño muy sensible, con un temperamento muy parecido a su padre. Estaba en mi consultorio jugando en el piso con un tren, mientras la madre y yo hablábamos acerca de él. De pronto dijo, sin mirarnos: ‘Dr. Winnicott, ¿está Ud. cansado?’. Le pregunté qué le hacía pensar eso, y me dijo: ‘Su cara’; o sea que evidentemente había echado una buena mirada a mi cara cuando entró a la habitación. De hecho yo estaba muy cansado, y tenía la esperanza de haberlo escondido (p.75-76 en el vol. b, 1965)”.

Los escritos de Winnicott (1956, 1960, 1965a, 1965b) acerca de la relación entre la madre y el infante (o niño pequeño) fueron la fuente más rica de material significativo para este capítulo.

CONCLUSIONES

El análisis de las expresiones faciales del analista son alta y a menudo centralmente significativos para el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica pero, a pesar de ello, ha sido ampliamente descuidado en la literatura. Reconociendo implícitamente la importancia obvia de las distorsiones transferenciales en las percepciones del paciente aquí me he centrado en los cambios reales en las expresiones faciales del analista.

La cara del analista tiene un papel central en la fase de la simbiosis terapéutica, tanto como en la de individuación. Es importante y significativo hasta qué grado ha llegado el paciente a sentirse capaz de influir en las emociones que él ve en el rostro del analista. Es en el campo de las expresiones faciales del analista donde el paciente borderline puede encontrar mejor un puente para salir del autismo y avanzar

hacia un modo de relacionarse terapéuticamente simbiótico con el analista. Entonces en esta última fase, las expresiones faciales de cada participante “pertenecen” tanto al otro como a uno mismo; es decir las expresiones de cada persona están en el campo de los fenómenos transicionales para ambos.

La sintonía empática del analista con sus propios sentimientos agresivos y la utilización eficaz de éstos en sus respuestas al paciente no juegan un papel menor que el de la utilización empática de sus emociones amorosamente maternas.

(*) Harold Frederic Searles. (1918 - 2015), psicoanalista estadounidense contemporáneo, en la línea de la escuela húngara de psicoanálisis (Ferenczi). Estudio particularmente la cuestión de la psicosis, la esquizofrenia y las personalidades límite, siendo uno de los pioneros de la medicina psiquiátrica especializado en tratamientos psicoanalíticos de la esquizofrenia. Influido por las obras de Harry Stack Sullivan, fue reconocido como un virtuoso terapéutico con pacientes difíciles y borderline Trabajó en la Clínica Chesnut Lodge en Maryland, EE.UU., centro reconocido internacionalmente por el papel pionero que desempeñó en el abordaje psicoterapéutico intensivo para esquizofrénicos.

BIBLIOGRAFÍA

- DEUTSCH, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* 11:301-321.
- ELKISCH, P. (1957). The psychological significance of the mirror. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 5:235-244.
- FREUD, S. (1913). On beginning the treatment. *Standard Edition* 12:121-144. London: Hogarth Press, 1958.
- GREENACRE, P. (1958). Early physical determinants in the development of the sense of identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 6:612-627.
- (1966). Problems of overidealization of the analyst and of analysis: their manifestations in the transference and countertransference relationship. In *Emotional Growth-Psychoanalytic Studies of the Gifted and a Great Variety of Other Individuals*-Vol. II, pp. 743-761. New York: International Universities Press, 1971.
- JONES, E. (1955). *The Life and Work of Sigmund Freud-Volume 2*. New York: Basic Books.
- KHAN, M.M.R. (1982-1983). Speech, the psychoanalytic method, and madness—a “case history.” *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9:447-474.
- KOHUT, H. (1971). *The Analysis of the Self-A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- LANGS, R., AND SEARLES, H. F. (1980). *Intrapsychic and Interpersonal Dimensions of Treatment-A Clinical Dialogue*. New York: Jason Aronson.
- LICHTENSTEIN, H. (1961). Identity and sexuality. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 9:179-260. Reprinted in Lichtenstein’s *The Dilemma of Human Identity*, pp. 49-122. New York: Jason Aronson.
- SAGER, C. J. (1957). The psychotherapist’s continuous evaluation of his work. *Psychoanalytic Review* 44:306-320.
- SEARLES, H. F. (1959). Integration, and differentiation in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 19:542-550. Reprinted in Searles (1965), pp. 304-316.
- (1960). *The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia*. New York: International Universities Press.
- (1961). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. In Searles (1965), pp. 531-559.
- (1963). The place of neutral therapist-responses in psychotherapy with the schizophrenic patient. *International Journal of Psycho-Analysis* 44:42-56. Reprinted in Searles (1965), pp. 636-653.
- (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: The Hogarth Press. New York: International Universities Press.

- (1966-1967). Concerning the development of an identity. *Psychoanalytic Review* 53:507-530. Reprinted in *Searles* (1979), pp. 45-70.
- (1972). The function of the patient's realistic perceptions of the analyst in delusional transference. In *Searles* (1979), pp. 196-227.
- (1975). The patient as therapist to his analyst. In *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Psychotherapy, Volume II: Countertransference*, ed. P. L. Giovacchini, pp. 95-151. New York: Jason Aronson. Reprinted in *Searles* (1979), pp. 380-459.
- (1976). Transitional phenomena and therapeutic symbiosis. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 5:145-204. Reprinted in *Searles* (1979), pp. 503-576.
- (1977). Dual-and multiple-identity processes in borderline ego functioning. In *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Patient, the Syndrome*, ed. P. Hartocollis, pp. 441-455. New York: International Universities Press. Reprinted in *Searles* (1979), pp. 460-478. Reprinted as Chapter 4 in this volume.
- (1979). *Countertransference and Related Subjects-Selected Papers*. New York: International Universities Press.
- SPITZ, R. A. (1945). Hospitalism-an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1:53-74.
- (1957). *No and Yes: On the Genesis of Human Communication*. New York: International Universities Press.
- WINNICOTT, D. W. (1941). The observation of infants in a set situation. *International Journal of Psycho-Analysis* 22. Reprinted in *Winnicott* (1958), pp. 52-69.
- (1950-1955). Aggression in relation to emotional development. In *Winnicott* (1958), pp. 204-218.
- (1953). Transitional objects and transitional phenomena-a study of the first *not-me* possession. *International Journal of Psycho-Analysis* 34:89-97. Reprinted in *Winnicott* (1958), pp. 229-242.
- (1958). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.
- (1959). The effect of psychotic parents on the emotional development of the child. Lecture to the British Association of Psychiatric Social Workers, November 1959. Published in *British Journal of Psychiatric Social Work* Vol. 6, No. 1, 1961.
- (1960). The theory of parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis* 41:585-595.
- (1965a). *Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
- (1965b). *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications.
- YOUNGERMAN, J. K. (1979). The syntax of silence: electively mute therapy. *International Review of Psycho-Analysis* 6:285-295.

Texto Traducido por Elena Mendy y María Seitún de Chas.

Publicado en: Revista "Psicoanálisis" de APdeBA, Vol. XX - N° 1, pp. 135-169, Buenos Aires, 1998.

Versión electrónica: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-114068>

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 23-ex-77

Notas al final

- 1.- Extraído del libro '*Mi trabajo con pacientes borderline*'. Cap-12, Jason Aronson. Inc. London, 1986
- 2.- Una versión abreviada de este capítulo fue presentada como la Segunda Conferencia Anual Harry Stack Sullivan que tuvo lugar el Día Científico, programado para el 19º Encuentro Anual del Hospital Sheppard y Enoch Pratt el 5 de junio de 1982 en Towson, MD. Este capítulo fue publicado previamente en el *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10:47-73, 1984, editado por R. Langs, Nueva York: Jason Aronson. Las citas en págs. 152 y 153 fueron tomadas de H. Kohut. *El análisis del self*. Impresas con autorización de International Universities Press, Inc. Copyright 1971 del International Universities Press, Inc.
- 3.- Agradezco a Patricia Fox, ACSW, su permiso para incluir este material.
- 4.- Agradezco a L. Tirmauer, Ph.D., por el permiso de incluir este material.