

EL AUTISMO Y LA FASE DE TRANSICIÓN A LA SIMBIOSIS TERAPÉUTICA *

Harold F. Searles

ESTE ARTÍCULO es el segundo de una serie que contiene mis actuales conceptos sobre autismo, simbiosis e individuación. No me limitaré al estudio de pacientes que sufren de esquizofrenia —en cualquier grado de intensidad— sino que analizaré, por ejemplo, ese autismo larvado que surge en el curso del análisis del paciente neurótico.

En mi primer artículo acerca de la simbiosis patológica y el autismo, dije que:

Al pasar meses y años de trabajo con un paciente autista, el analista suele sentirse innecesario, incompetente, inútil, endurecido y, esencialmente, *no humano*, en su relación con su paciente perturbado, nervioso, tan necesitado de ayuda, y cuyo mal no cede. Es vital que el analista sepa soportar este largo periodo —en el cual, a pesar de disponer a veces de muchos datos sobre el paciente, las interpretaciones de transferencias rara vez son factibles— para que la regresión del paciente mediante la transferencia llegue hasta aquel temprano nivel de desarrollo del yo de la primera infancia en el que se deformó su potencialidad para una saludable simbiosis madre-hijo, resultando un funcionamiento del ego defensivamente autista. A ese nivel de desarrollo del yo, el niño aún no establece una diferenciación perceptual ni vivencial entre él mismo y su madre, *ni entre su madre y el mundo no humano circundante*. Cuando, con la evolución de la transferencia, ese nivel se vuelve accesible, pueden ocurrir procesos simbióticos terapéuticos entre paciente y analista, interpretables como tales. . . paciente y analista. . . se experimentan entre sí y a sí mismos igual que una madre saludable y un niño sano se hallan inmersos como si fueran mucho más que simplemente humanos, en el sentido que los adultos dan a la palabra; parecen formar, en su confluencia, todo un mundo para crecer.⁵

Mientras tanto, durante la fase autística del tratamiento, todos los intentos del analista por lograr una interpretación de la transferencia encuentran una respuesta totalmente desalentadora. El paciente o bien no le hace caso, o bien contesta con tan devastadora burla y desprecio que lo hará sentirse estúpido por haber hablado. Acaso las palabras del analista resulten tan profunda y destructivamente perturbadoras que necesite toda la sesión de

* Trad. Juan José Utrilla.

análisis para “digerir”, por decirlo así, este cuerpo extraño, expelerlo y restaurar su pasajeramente amenazado mundo autístico al estado anterior a la ruda interrupción. Todo esto hará que el analista se sienta estúpido e inútil; el paciente se ve obligado a destruir o a pasar por alto, inconscientemente, lo que el analista le ofrezca, a fin de mantener reprimida su necesidad infantil de tener en el analista a una madre que sea mucho más que una mera persona, que sea para él todo el mundo funcional. Para el paciente, escuchar, aceptar y utilizar la interpretación del analista significaría abandonar su único mundo conocido, a cambio de otro que siente totalmente desconocido: el mundo que le muestra el analista. Por lo tanto, hay en el paciente una inconsciente necesidad, casi físico-química, de demoler toda la estructura de interpretaciones de transferencias que, como un puente, le tiende el analista. El analista siente, en general, que sólo debe hacer pocos comentarios, pues el tono un tanto desapasionado de sus comentarios tiene un evidente efecto apaciguador sobre las emociones cada vez más fuertes del paciente esquizoide. Una calmada observación del analista muy fácilmente puede sofocar una creciente excitación del paciente, y devolverle su habitual apatía. Además, el paciente obtendrá mayores ventajas si nos abstenemos de hacer cualquier comentario interpretativo sobre algo que veamos claramente: esto puede favorecer la integración, aun inarticulada, en el yo pre-verbal del paciente.

En esta situación, en que el analista tiene acceso a tan escasa interacción (humano-analista) con el paciente, y tan poca oportunidad de ejercer sus habituales funciones analíticas, suele ceder a su propia inclinación a la experiencia autística. Si no ha podido conocer bien estas regiones de sí mismo, si se ha visto obligado a mantenerlas reprimidas, relacionándose compulsivamente con sus congéneres, este aislamiento en que se encuentra de pronto, al trabajar con el paciente autístico, puede provocarle una gran angustia. Creo, en rigor, que el analista, por bien analizado que haya sido, experimenta una considerable angustia, por lo menos en esta fase de su labor; al correr el tiempo, suele sentirse cada vez menos relacionado con el paciente, y cada vez más con su propio superyó regresivo, arcaico y auto-punitivo. El paciente, con tenacidad, le exige verdadera omnipotencia, y su propio superyó cada vez lo considera menos calificado para una benévola omnipotencia, y más calificado para la única otra alternativa: una malévola omnipotencia.

Me ha divertido, en retrospectiva —pero sólo en retrospectiva— mi reacción ocasional al sentirme desconcertado en mi trabajo con uno de esos clientes paranoides que estaban seguros de que yo poseía una cura milagrosa para sus padecimientos, con sólo que “pensara cosas agradables de ella o él” o la o lo “quisiera bien”. Desde mucho tiempo antes podría haber sentido un gran afecto por el o la paciente, pero todo mi convencional armamento analítico no había contribuido a resolver sus síntomas psicóticos. Me encontraba sonriendo, desconcertado e implorante, al paciente, con una sensación de querer curarlo desesperadamente, con mi afecto. Desde luego, esto, como todo lo demás que había intentado, no daba resultado, y ese amor “mágico” era remplazado por un odio basado en la misma omnipotencia, de suerte



que a veces miraba yo al paciente con la idea, por ejemplo, de reducirle a cenizas el cerebro.

Una fobia a las alturas sobrevivió a mi análisis, terminado hace unos 17 años; he tenido muchas oportunidades de someterme a un autoanálisis, por ejemplo, durante los 150 viajes, más o menos angustiosos, que tuve que hacer, atravesando el *Triboro Bridge*, en los cinco y medio años pasados. Había yo tenido muchas y diferentes impresiones de este puente, bastantes de ellas agradables. Pero las más memorables eran aterradoras: el puente me parecía siniestro y amenazador en su inhumana insensibilidad; había también una grata e inolvidable primera impresión de él, como de algo benigno y protector en su inmensidad. Cada una de estas impresiones la relacioné con aspectos que percibiera de mi madre en los primeros años de mi infancia poco explorados en mi análisis, y también con aspectos de mi identificación con ella, a los que no doy suficiente juego en mi trabajo con mis pacientes.

Por ejemplo, mi segundo paciente en análisis, un hombre esquizoide, que aprovechó bastante bien dos años de trabajo analítico, repetidamente proyectaba aspectos de sí mismo en una fantasía de una gigantesca montaña de piedra, percibida, alternativamente, durante esos dos años como amenazante y siniestra, o enorme y bonachona, o de muchas otras maneras. En cierto sentido, esta imaginada montaña pétreo constituyó el aspecto más creativo de su análisis; pero nunca —o casi nunca— resulté yo la montaña, en la transferencia. La consciencia de mí mismo era demasiado limitada —y sigue siéndolo— para permitir que surgieran libremente tales imágenes de mí, no humanas o, en términos de genética, pre-humanas. Si las primeras reacciones de transferencia pudieran brotar más libre y directamente, en vez de tener que ser desplazadas fuera del medio paciente-analista como una fantasía acerca de una montaña de piedra, estos componentes de la personalidad resultarían más accesibles al paciente, formando ya parte de una identificación humana: él podría adquirir, para un funcionamiento consciente de su yo, la fortaleza y energía contenidas en esas identificaciones con la madre de su infancia “pre-humana”, reprimidas y proyectadas.

Si nosotros los analistas llegamos a trabajar con relativa libertad y confianza con estas primitivas zonas de funcionamiento del yo, habrá alguna esperanza de que la mayoría de los pacientes psicóticos hospitalizados sean tratados esencialmente por seres humanos como ellos y menos por la magia de drogas tranquilizantes verdaderamente no humanas a las que hoy se atribuye un temible poder sobre el paciente, un poder que ni aun el terapeuta analizado se atrevería a ejercer. En la psicoterapia actual no conozco ningún problema más urgente que la creciente avalancha de drogas, a las que se recurre en un inconsciente esfuerzo del terapeuta por protegerse a sí mismo de experiencias afectivas (de alto valor terapéutico) en su trabajo con los pacientes.

Siempre que un paciente o una paciente reacciona autísticamente, es que no ha logrado una clara diferenciación e integración entre campos de la experiencia como son el pensar, el sentir emociones y el experimentar sensaciones corporales. El propio analista siente extrañas respuestas al tratar a

tales pacientes. Yo trabajé durante años con una mujer esquizofrénica que recibía, por ejemplo, todo comentario molesto, literalmente como un tiro en el corazón. Emociones encontradas no las experimentaba como tales, sino que sentía diferentes partes de su cuerpo gobernadas por agentes extraños del exterior. En algunas de mis sesiones con ella, yo por mi parte, me sentí físicamente apaleado por sus paranoides explosiones verbales, y en más de una ocasión abandoné su cuarto, después de una hora en que ella se había mostrado brutalmente insultante, con la sensación semi-somática de tratar de mantener en su lugar mi estómago destripado. Una vez en que me gritaba con más fuerza que nunca, tuve la sensación somática de que me sacaba el aire de los pulmones, sensación asombrosamente similar a la que evidentemente le hacía creer que algunos de sus órganos eran gobernados desde fuera. Después, en una época en que había mostrado gran mejoría en su vida diaria en el pabellón, reaccionó ante mí como si fuera yo una madre que hubiera asesinado a su propio marido:

Recuerdo una vez que John (el psiquiatra y administrador encargado del pabellón) llegó corriendo a verme, para decirme con gran entusiasmo que él y las enfermeras habían tenido una muy cordial conversación con Hilda en el puesto de las enfermeras... Yo me sentí a la defensiva; aquello era la prueba de que algo estaba mal en mí. Al parecer todo el mundo la encontraba muy agradable por esos días, y me imaginé que todo lo que yo podía hacer era prevenir una neumonía doble...

En muchas otras sesiones con esta mujer, que a menudo relataba su ilusoria experiencia de sentirse un robot o una máquina, mientras ella hablaba enfáticamente, con gran despliegue de gestos y ademanes —infinito material irreal dentro del cual no podía intervenir con ninguna interpretación verbal—, a menudo sentí que unos alambres corrían a lo largo de mis miembros, y que alguien tiraba de ellos hasta poner rígidos los músculos y causarme calambres. Tan extrañas sensaciones se intercalaban con deseos, mucho más naturales, de estrangularla, de golpearla, darle puntapiés o morderla, deseos comparables a los que ella me expresaba en los momentos más peligrosos de su vida diaria en el pabellón.

En numerosas ocasiones, durante mis entrevistas con pacientes igualmente enfermos, he descubierto que ciertas sensaciones somáticas y fantasías de mi parte, al parecer inexplicables, están sumamente relacionadas y, así, son valiosas para el diagnóstico y la subsecuente psicoterapia. Por ejemplo, se puede sentir el deseo de estrangular a un paciente silencioso y al parecer inofensivo, y decírselo; de sus labios saldrá que es de vital interés e importancia para él controlar precisamente esos impulsos, asimismo, ciertas pasadas experiencias traumáticas por haberlos expresado. Algo característico con pacientes esquizofrénicos más graves es que el médico experimente extrañas fantasías y sensaciones físicas exclusivas y peculiares de su relación con ese paciente en

particular.* Se requiere mucha fe en la propia intuición clínica para hablar de esto durante la entrevista, pues el paciente, provisto de fuertes defensas contra el reconocimiento de su propia enfermedad, responde con gran frecuencia tildando al terapeuta de loco y haciéndole sentir un terrible aislamiento; además, cualquier otra persona no experimentada generalmente comparte esta opinión del paciente. Pero mi aprovechamiento de tan perturbadoras experiencias personales a menudo ha resultado bastante valioso, por lo que, año tras año, dependo cada vez más de él. Recuerdo aquí una experiencia que tuve hace varios años con un patólogo que padecía de esquizofrenia paranoide: en cierto punto de mi entrevista con este hombre, al parecer cooperativo pero en realidad muy reservado, sentí como si me estuviera cortando el cuerpo en rebanadas con una gigantesca cortadora.

Un ejemplo mucho más reciente lo constituye una fantasía que tuve durante una entrevista, hace semanas, con un hombre de 24 años, esquizofrénico, ambulatorio, ante unos 150 miembros del hospital en que él se hallaba recluido. Yo sabía que en el historial de su familia había habido muchos casos de violencia, de parte de él mismo y de otros, y aunque ahora no parecía psicótico y mostraba un buen dominio de sí mismo, después de la entrevista me enteré de que quienes lo rodeaban en el pabellón vivían en perpetuo temor de sus tendencias homicidas. Durante la entrevista, al hablar de ciertos episodios violentos entre él y su padre, detalló un "ataque general" que había lanzado contra su padre durante un desayuno; él había arrojado una botella de salsa a la cabeza de su padre, quien, inconsciente y sangrante había caído al suelo, ante lo cual la madre y los hermanos menores habían corrido hacia el padre, temerosos de que hubiera muerto o estuviera mortalmente herido. No había sido este el caso, pero lo notable es que el paciente hubiera hablado de un "ataque general", como si tratara de hacerme imaginar un ataque múltiple al padre, es decir, el ataque de muchas personas como, por ejemplo, de una compañía de infantería (aunque no pensé específicamente en éste; me hizo pensar en un ataque de bastantes personas).

* El libro de Marion Milner, publicado el año anterior, acerca de su tratamiento psicoanalítico de 20 años, de una mujer esquizofrénica, incluye un capítulo intitulado "Her Lost Background: The Undifferentiated Sea of Inner Body Awareness". En él da al lector una idea de su propia experiencia somática al tratar cierta sensación de la paciente de no habitar su propio cuerpo; después de un tratamiento de electrochoques, la paciente se había sentido aislada de toda percepción proveniente de su propio interior y vivía en una estrecha zona, en la parte más alta de su cabeza.

Escribe Marion Milner: "...le gustaba ponerme en un estado de tensión, no sólo por la presión de sus demandas de ayuda, sino también por su total y airado rechazo de toda idea que no se formulara completamente... Sólo después de mucho sufrir por estos furiosos ataques logré expresarle en palabras lo que parecía estar ocurriendo; logré explicarle que ella no podía soportar mi perplejidad así como no toleraba la suya propia. Como el nexa evidente entre evitar toda formulación prematura y la capacidad de tolerar cierta ambigüedad, había un nexa entre tal tolerancia y mi capacidad de lograr una total "atención corporal" cuando estaba escuchándola; lo notable de la atención corporal es que siempre es sumamente confusa, una consciencia no estructurada de lo que está 'más allá de los propios'",³ pp. 48-49.

Casi al principio de la entrevista había yo tratado de explorar sus sentimientos hacia quienes nos escuchaban, sin obtener pruebas de ninguna respuesta psicótica en este sentido. Ahora bien, más tarde, lo que yo experimenté como reacción a su frase "ataque general" me movió a explorar, de una manera que ya no recuerdo en detalle, sus sentimientos hacia quienes estaban presentes. Reveló entonces un miedo que al parecer había sentido durante todo el tiempo, de que todos los presentes desencadenaran un ataque general contra él. Esto me pareció importante, pues nunca, en el curso de cientos de entrevistas, me había hecho notar un paciente que temía una agresión física de los presentes, aun cuando no pocas veces había sentido yo que un paciente se comportaba, en la entrevista, de manera tal que los presentes me atacaran verbalmente en la discusión después de que él se fuera. El temor expresado por este hombre no era, al parecer, el de ser violado por una gavilla, aunque no dudo de que al nivel del inconsciente hubiera tales temores en un joven apuesto y vigoroso como él. En respuesta a mis sorprendidas preguntas sobre este miedo, me explicó que su padre le había llamado "presumido" y "pedante" tantas veces que lo había convencido de que eso era, y que temía que los presentes lo vieran como tal y se dejaran llevar por su antipatía hacia él. Mientras hablaba, realmente parecía encontrarse ante una amenaza.

Al trabajar con un paciente autista, el médico puede sentir durante meses o aun durante años, si no se sumerge completamente en el mundo del paciente, que sólo le quedan uno o dos papeles en los cuales actuar como individuo separado de él, pero relacionado con él. Así, por ejemplo, trabajé durante unos 11 años con un hebefrénico quien, antes de haber sido hospitalizado, había llevado una vida de promiscuidad homosexual, y sus relaciones habían comprendido no sólo actividades sexuales sino también violencia física. Durante casi dos años, al principio de nuestro trabajo, mantuvo un silencio casi absoluto; era evidente que se sentía amenazado sexualmente por mí; sus largos silencios eran interrumpidos por súbitas explosiones de hirientes improperios, dándome la impresión de poder apenas contenerse de no atacarme en una de las sesiones con intenciones asesinas. Por lo que a mí se refiere, sólo después de muchos meses llegué a comprender con gran cansancio, que ya podía mantener relaciones con aquel individuo sin tener, como había sentido, que asesinarlo ni atacarlo sexualmente; las dos únicas alternativas que a mí parecer me había ofrecido antes. Con otro paciente autista, muy locuaz y que se conducía con la firme convicción de que en la sala el único modo de pensar válido era el suyo, cualquier experiencia de mi persona como individuo separado de él iba acompañada de una sensación de intenso malestar por mi ineptitud mental e incapacidad para expresarme oralmente. Con otro paciente, el conducirme de manera explícita como individuo separado de él significaba, casi invariablemente, que aislaba, con miras a ridiculizarlo, uno u otro de los aspectos más patológicos de su carácter. Nada tiene de extraño que el analista, al encontrar sólo áreas tan restringidas para actuar separadamente del paciente, áreas que resultan inaceptables en alto grado para su super-yo, se sienta inclinado a abandonar aquella individualidad y



se sumerja defensivamente con una "neutralidad en suspenso", en el mundo autista del paciente; claro está, que se trata de una parodia del papel del analista cuya atención se supone neutral.

Así como el hecho de hundirse en el mundo autista del paciente puede constituir una defensa inconsciente contra el hecho de "funcionar" separadamente de él en esas difíciles circunstancias, de igual manera la separación en la forma que sea puede resultar una defensa inconsciente contra la simbiosis terapéuticamente necesaria con el paciente autista. Lo que el analista necesita desarrollar es un mayor grado de libertad para oscilar entre la separación y la unificación, según lo requieran las cambiantes necesidades del desarrollo del yo del paciente.

El analista experimenta una satisfacción secundaria al comportarse esencialmente como si careciera de personalidad; es decir, en actuar de una manera que coincida con la transferencia del paciente autista, como si no fuera más que una sombra. Acaso retarde, inconscientemente, una interpretación de la transferencia, a fin de prolongar esta satisfacción, que durante tanto tiempo le fuera negada. Por ejemplo, en mi trabajo con un paciente de ese tipo, durante años cualquier intervención verbal de mi parte era la causa evidente de la bastante severa y prolongada perturbación de su mundo autista, con sólo raros resultados constructivos. También se mostraba sumamente sensible e intolerante ante todo sonido que yo produjera cerca del diván. Finalmente, al decirme en una sesión que una discreta tos mía le había parecido una brutal interrupción de su monólogo, le repliqué con furiosa ironía: "Lamento no poder existir aquí sin dar alguna señal de mi existencia. Hora tras hora, casi no digo nada, pero a veces necesito respirar o hacer algún movimiento." Lo absurdo, a la vez que significativo, fue que cuando dije "lamento... ", oí una nota de sinceridad en mi pretendida ironía, y comprendí que en realidad sentía no poder desprenderme plenamente de mi propia existencia separada, tan atormentada por aquel individuo sadista dominante y autísticamente "frágil", y encontrarme en comunión con el mundo en que permanecía inmerso tan obstinadamente.

He mencionado ya ⁵ a una mujer que padecía esquizofrenia crónica, quien mucho tiempo después de haber comenzado nuestras sesiones seguía expresándose verbalmente sólo en forma de preguntas tentativas, dejando con frecuencia inconclusas sus preguntas, como si necesitase de mi ayuda casi palabra por palabra, por temor a que cualquier riesgo que corriese al hablar resultara un equivalente de la locura en que había caído en su aguda psicosis anterior. Después de varios años de trabajar con ella, con éxito moderado, resultó interesante descubrir que mi comportamiento verbal había llegado a adoptar una forma que no difería notablemente de la suya al principio. Yo había llegado a aprender, en esos años, por mis experiencias con ella y con otros pacientes, que el paciente sólo aceptaba una observación mía si se basaba, en muy alto grado, en la visión del mundo del paciente, y si el nuevo concepto venía a agregarse al cuadro. Descubrí entonces que mis comentarios durante las sesiones no sólo eran poco frecuentes, sino que casi invariablemente no tenían la forma de opiniones expresadas de manera inequívoca;

antes bien, parecían preguntas tentativas hechas a un oráculo, como si fuese yo incapaz de actuar como ente separado, por temor a que semejante aventura me hundiese en la demencia y la falta total de relaciones. Otra paciente, mucho más grave que la anterior y que, en mi opinión, aun retrospectivamente, necesitaba que yo compartiese sus opiniones sobre el mundo en un grado mucho mayor, teniendo que mantener reservada mi propia opinión del mundo (es decir, de la realidad), en cierta ocasión, en medio de su habitual locuaz exposición de percepciones ilusorias, expresó su opinión de que yo no tenía ojos propios, y que para ver dependía absolutamente de los suyos.

Supongo que no pocos analistas adictos al trabajo tienen, como yo, cierta tendencia a defenderse de la insoportable experiencia prolongada de su propia vida individual, manteniéndose inmersos en las vidas colectivas de sus pacientes, uno tras otro, durante casi todas sus horas de vigilia.

Deben decirse unas palabras en abono del sorprendente poder de la interpretación de transferencias con relación a la reacción del paciente ante su analista cuando éste es, por ejemplo, una sombra, su madre muerta, su mente, su lengua, un perrito consentido de su infancia o cualquier objeto de transferencia "no humano". Mientras anteriores intentos de interpretar la transferencia de una manera humana más común no han tenido el menor significado, esta interpretación aparentemente insensata resulta la clave para abrir al menos una de las sucesivas puertas del autismo del paciente; de esta manera, también, la relación analítica se hace más viva, más humana. Por ejemplo, un paciente que durante años se mostró impasible ante mis interpretaciones, empezó una sesión diciéndome con considerable animación: "Su interpretación de ayer, al decir que yo sentía que usted era parte de este mobiliario, me impresionó mucho."

Si el analista quiere mantenerse en contacto consigo mismo mientras trabaja con el paciente autista tan poco capaz de percibir la realidad humana y separada del analista, debe poder fijar abiertamente los límites que necesite su yo individual, y preocuparse poco por lo que sus colegas consideren necesario, de acuerdo con sus respectivas maneras de tratar a sus pacientes. Yo, por ejemplo, he obtenido buena utilidad de permitir que un paciente esquizofrénico cambiara de lugar, para las sesiones, las sillas y la luz de mi despacho. Este comportamiento me interesó, sin molestarme, y recuerdo que, hace años, un supervisor de análisis dijo que jamás toleraría una cosa semejante. Sin embargo, al tratar a una mujer autista que gobernaba en alto grado cuanto hacíamos en el consultorio, me asaltó una vez la seguridad de que si hacía un solo movimiento para cerrar las persianas o abrir la ventana, tendría que matarla antes que permitirselo. También he sido capaz de soportar años de silencio de uno u otro paciente, y ahora estoy trabajando con una mujer que durante los primeros 10 años de su tratamiento, de cuatro horas a la semana, nunca puso un pie en mi despacho; siempre tenía yo que llevarle el tratamiento. Pero mi angustia por la separación toma una forma tal que no puedo tratar con un paciente que considera necesario disponer cuándo comienzan y cuándo terminan las sesiones. He trabajado, y



sigo haciéndolo, con pacientes que sufren de un retardo crónico, pero en sus sesiones conmigo no están en libertad de irse a la hora que se les haya ocurrido, haya transcurrido o no la hora fijada. Cuando se trata a un paciente cuya enfermedad tiene raíces muy profundas, se deben respetar las limitaciones propias del analista, ya que expresan el yo individual, el *self* que, si se le permite tener una existencia funcional, acaso proporcione al paciente autista el único tipo de realidad exterior que le puede beneficiar, es decir, otro individuo real, con quien quizá llegue a entablar una relación interpersonal genuina, y con el que pueda identificarse durante el proceso de desarrollo de su propio *self*.

Etapas de transición entre el autismo y la simbiosis terapéutica

Durante esta etapa, el comportamiento autista, autómatas que ha venido observando el paciente, empieza a dar paso a una fluidez subyacente, acompañada de ambigüedad, confusión y actitudes que recuerdan al camaleón. Este fenómeno se aprecia al principio en forma esporádica y momentánea, pero su frecuencia y duración van en aumento paulatinamente. Un paciente de este tipo había funcionado durante años de manera tan rígida, que me llevaba a la desesperación. Yo sentía que invariablemente luchaba por imponerme su realidad como la única concebible. Entonces empecé a oír que hacía comentarios como los que transcribo a continuación, expresados en una de las sesiones típicas de la etapa de transición:

Tengo una sensación, que no puedo describir con palabras, como de ir a la deriva... (En este punto lo interrumpí con algún comentario.) Usted adquiere dimensiones gigantescas, como desintegrador del cosmos que estoy tratando de poner en orden... Me siento desalentado. Es como si este edificio fuera una casa embrujada y yo estuviera en ella con usted por toda compañía. Y pienso que sería mejor estar solo, completamente solo con mis ensueños, que tener que hacer frente a las decepcionantes realidades...

Considero que los elementos cambiantes y anárquicos de la inicial rigidez autista de este tipo de pacientes tienen su origen en experiencias con objetos maternos múltiples e inestables, de la primera infancia. Muchos de ellos estuvieron al cuidado de toda una serie de nanas; de la mayoría de ellas no tienen un recuerdo consciente o pueden recordar sólo una mano, sin que haya en su memoria alguna otra imagen completa que les permita saber a quién pertenecía esa mano. Pero el aspecto principal de la etiología infantil de esta esencia caótica en el paciente autista adulto, que ahora vemos surgir, es atribuible a la propia madre, físicamente presente con suficiente constancia, pero tan mal integrada psíquicamente que constituyó para el niño una larga serie de figuras maternas, impredecible en sus cambios. Una esquizofrénica, cuya madre había sido de esta clase, declaró airadamente: "Cada

vez que usted pronuncia la palabra 'madre', veo un desfile de mujeres, cada una de las cuales representa un diferente punto de vista."⁴ En las sesiones que sostuve con ella, durante años vio una interminable fila de personas en mí —específicamente en mis ojos— y en escasas ocasiones me apreció como una sola persona; por lo común, yo era simultáneamente dos personas para ella y su conocimiento de su propia identidad era igualmente caótico y múltiple.

El expediente de una esquizofrénica crónica de 21 años de edad, a quien vi cierta vez en una entrevista con fines pedagógicos, consignaba que:

Betty había trabajado como recaudadora de peajes en el Puente Golden Gate el verano anterior, por espacio de 10 semanas aproximadamente. Detestaba esa clase de trabajo, pero lo "soportaba" para ganar dinero y comprar un violín, con el que iniciaría una carrera musical. Cierta día, mientras trabajaba en la caseta de cobro, empezó a murmurar acerca de la irrealidad y la vacuidad de la vida, y decidió que era tonto pedir a la gente que pagara por cruzar un puente. Vio las "almas de los manejadores" que pasaban por la caseta y sintió que estaban "vacías". En ese punto rompió a llorar y se negó a seguir trabajando. Se refugió en la caseta del supervisor y no quiso hablar con nadie; se limitó a sollozar ocasionalmente. Varias horas después, el supervisor la condujo a la sala de emergencia del Hospital... La madre de la paciente era una mujer de 58 años, criada en una zona rural de Oregon cuya propia madre era descrita como una paranoica que había requerido tratamiento electroconvulsivo, sin hospitalización. La paciente afirma que su madre fue el "chivo expiatorio" de la familia y que a lo largo de toda su infancia fue objeto de periódicas agresiones verbales. Se casó (la madre de la paciente) a los 16 años, "para salir de su casa", pero fue abandonada... cuando ella nació.

Esta historia, en la que se destaca el trabajo de la joven como recaudadora de peajes en el puente, representa para mí un ejemplo de los aspectos enajenantes de nuestra cultura, que Fromm subraya en su obra *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*.² Pero he traído a colación el caso de esta muchacha, simplemente para sugerir que su colapso psicótico ocurrió en el escenario del puente no tanto por su formidable efecto sociológico sino porque reprodujo para ella la experiencia de su primera infancia con su propia madre, quien había constituido, a mi juicio, no una persona individual, consistente e íntimamente familiar con la que pudiera identificarse, sino más bien una serie interminable de figuras impersonales y vacías.

He anotado que es característico de esta etapa de transición entre el autismo y la simbiosis terapéutica el hecho de que el analista empieza a hallar posible ahora hacer interpretaciones eficaces de la transferencia. Esto establece un contraste con la etapa autista previa, en la que ha tenido que adaptarse a prolongados periodos en los que se le ha hecho sentir inútil, descuidado, innecesario, negligente, incompetente y, sobre todo, esencialmente no humano,



precisamente porque el paciente, en su relación con él, ha tenido que realizar una regresión hasta la experiencia de su temprana infancia con la madre que es, para el niño, mucho más que el ser humano común que ven los ojos del adulto. El paciente ha tenido que llegar a considerar al analista como un equivalente de la madre de sus primeros días, que representa todo el mundo del que el infante es una parte inseparable, antes de haber logrado desarrollar su self hasta el punto de tolerar el sentimiento y la experiencia de que ella está separada del cuerpo de él y que ambos son entes separados del resto del mundo real. Esta etapa de transición contrasta del mismo modo, en cuanto a lo oportuno de las interpretaciones de la transferencia, con la etapa posterior de simbiosis terapéutica.

Al trabajar con pacientes autistas, se llega a pensar que este tipo de narcisismo podría impedir que el paciente le concediera al analista la importancia suficiente, de modo tal que atendiera seriamente a las interpretaciones transferenciales del significado emocional que el propio analista tiene para el paciente. Un paranoico crónico, que acababa de salir de su último ataque de psicosis aguda, replicó desdeñosamente a un intento prematuro de interpretación de su transferencia: "Usted significa tanto para mí como esa mancha que dejó una mosca en la pared." Lo que ni él ni yo sabíamos entonces era que el hecho de sentirme importante y separado de él, le habría representado perder su yo, su mente y todo su mundo significativo. Su escarnio de mí me convenció; estaba impreparado para saber la tremenda importancia que yo tenía para él, dada su dependencia inconsciente, previa a la individuación.

Cierto paciente narcisísticamente absorto expresó año tras año en el análisis la insatisfacción que le causaba su trabajo como abogado y el deseo de cambiar la posición que entonces tenía por otra en cualquiera de varias ciudades que había elegido. En un momento dado en que estaba rumiando tales ideas una vez más, comprendí que éstas se basaban en parte en percepciones inconscientes de mi propia insatisfacción con mi trabajo. Él sabía que yo estaría ausente de mi consultorio durante los siguientes días; por otra parte, nunca había mostrado indicios de conjeturas conscientes respecto a que yo también pudiera estar buscando un puesto en alguna otra parte. Empero, no me sentí inclinado todavía a presentarle semejante interpretación; consideré que ello representaría una sobreestimación de su capacidad de atribuirme importancia, que sería representarme como alguien demasiado significativo para él como para que su narcisismo le permitiera aceptarlo todavía. Su reacción a mis comentarios exploratorios me permitió confirmar que una interpretación transferencial de tal especie sería prematura. Le sugerí: "¿Supone usted acaso que en los próximos dos días haré algo más que práctica privada?" Replicó afirmativamente. "¿Qué es lo que piensa al respecto?", le dije. Su respuesta consistió en una descripción bastante acertada de lo que, en términos generales, sería mi trabajo fuera de la ciudad; se abstuvo, sin embargo, de aludir a que mi viaje indicara que mi trabajo en el consultorio no me resultaba completamente satisfactorio.

Este mismo paciente mostraba un síntoma recurrente de "vacuidad mental" durante las sesiones; por espacio de varios años permaneció autísticamente ajeno al hecho de que tal fenómeno tuviese relación con su percepción del estado de mi propia mente. En una de las sesiones, por ejemplo, tras ocho minutos en los que yo —como era lo usual— no había pronunciado palabra alguna y él había hablado en forma breve y esporádica, dijo de pronto, después de una nueva pausa de aproximadamente un minuto: "Parece estar vacío también hoy". Sentí el impulso de preguntarle "Parece estar vacío también hoy". ¿Yo parezco estar vacío también hoy? ¿Usted parece estar vacío también hoy?" Para mí era indudable que había querido decir conscientemente que él parecía estar vacío también hoy. No obstante, varias pistas me llevaron a considerar que todavía no era oportuno dejar sentir mi presencia. Al recordar aquella sesión pienso que si hubiera respondido en esa forma, habría dado a mis palabras una utilidad potencial mayor añadiendo otra pregunta: "¿Nosotros parecemos estar vacíos también hoy?" De esta manera, no lo habría puesto en situación de cambiar radicalmente un concepto del mundo por otro.

La magnitud del cambio —según lo experimenta el paciente— de su autismo original a una repentina sensación de mezcla con algún rasgo del analista, se puede ilustrar mediante el relato de un incidente ocurrido en una sesión que sostuve con una esquizofrénica a la que había estado tratando durante muchos años. En todo ese tiempo ella me había dado a entender que frecuentemente sufría alucinaciones auditivas. En su época de psicosis aguda, un año antes de convertirse en mi paciente, su familia, exageradamente reacia a internarla en un hospital para enfermos mentales, la había hecho examinar en su propia casa por siete u ocho psiquiatras, todos los cuales recomendaron que fuera hospitalizada; sólo entonces los familiares dieron su consentimiento. Ella recordaba muy poco de aquella experiencia y en sus sesiones conmigo reiteradamente expresaba la oscura sospecha de que aquellos doctores "le habían hecho algo que la hacía oír voces", las que provenían —de ello estaba convencida— de un aparato eléctrico situado en algún lugar fuera de ella. La forma en que manifestaba su sospecha implicaba que ese "algo" que le habían hecho era de carácter oscura y malévolamente sexual. Por otra parte, durante los primeros años del análisis, pero siempre de manera significativa, se mostró temerosa —aunque nunca abiertamente— de que la razón por la que se le ocultaba lo ocurrido durante casi todo el primer año de su enfermedad fuera que había matado a alguien. En realidad, no lo había hecho. La nebulosidad de ese periodo, que ella atribuía a un ocultamiento de parte de otras personas y que se debía a su propia incapacidad de recordarlo, la inducía a pensar que le habían hecho algo terrible o, peor aún, que ella había asesinado a alguien.

En el curso de la sesión anterior a la que describiré adelante, le dije que entendía que su familia había llevado a siete u ocho doctores para que la examinaran en su propia casa, ya que los suyos estaban renuentes a hospitalizarla. En la siguiente sesión ella empezó diciendo: "Lo que usted me dijo la vez pasada sobre ese grupo de doctores me atemorizó. Usted sabe que he



estado angustiada por ello desde la sesión anterior, ¿no es verdad?” Según recuerdo, no hice comentario alguno sobre sus palabras, o si lo hice fue intrascendente; mis notas no consignan ninguno. Más adelante, en la misma sesión, empezó a mencionar los nombres de los “doctores” (en realidad todos ellos pertenecían a algunos de sus muchos psiquiatras administrativos) que había tenido en Chestnut Lodge, quienes, a su parecer, deseaban su bien, querían que sanara y anhelaban que pudiera volver a vivir fuera del asilo. Agregó que estos doctores (aparte de otros a los que no nombró, “a quienes no conoció” —o sea, aquellos cuyos buenos o malos deseos hacia ella no había podido determinar con certeza—) eran ocho en total. Para ella, esto tenía un significado claro e importante; hasta donde pude saber, dichos doctores constituían para ella, en conjunto, un antídoto para el “grupo” de siete u ocho médicos que “le habían hecho algo” al acudir a su casa a examinarla.

Al terminar la sesión, estando todavía sentada en el diván preparándose para salir, miró mi rostro con gran calidez, viendo simultáneamente mi corbata verde (no movió los ojos; más bien incluyó mi rostro y mi corbata en su campo visual), y dijo: “¿Sabe usted lo que pienso que me sucede cuando veo su corbata?” Sin intenciones informativas, pero empleando un tono amable e interesado, repliqué: “Se pregunta si yo sé lo que piensa qué le sucede.” Riendo alegremente y embargada por un sentimiento cálido y tierno, respondió: “¡Mis ojos se sienten verdes! ¡Son verdes! ¡Es tan verde! ¡Me siento tan tonta!”; agregó aún riéndose.

Cuando dijo “¿Son verdes?” sin acercarse hacía mí para facilitarme ver sus ojos, ya que nos encontrábamos casi a dos metros de distancia, me sentí culpable por no atreverme a mirar de cerca sus ojos y decirle de qué color eran. Más aún, me perturbó el hecho de no saber desde antes de qué color eran. Me parecían de color avellana, pero no estaba seguro. Me sentí, en suma, culpable de no estar aceptando regocijadamente el fugaz momento de intimidad que me ofrecía de pronto esta mujer, que casi siempre se había mostrado muy distante y despegada de mí.

En todo caso, me conmovió profundamente este incidente, que consideré muy significativo. Percibí que lo que ella había experimentado en esos momentos era la esencia de lo que los doctores “le habían hecho” años atrás. O sea, supuse que en su aguda psicosis se había mezclado con cada uno de ellos (o con una parte de cada uno) sucesivamente y había perdido el resto de su ya fragmentado yo en el curso de esa desintegradora experiencia, durante la cual no había podido superar la rápida sucesión de pérdidas que le impuso la serie de médicos, cada uno de los cuales hizo impacto en ella y partió al poco tiempo —llevándose una parte de ella misma— para ser sustituido inmediatamente por otro doctor.* También era evidente que, a un nivel mucho más elevado de funcionamiento del yo, aquella antigua experiencia había dado lugar a fantasías ahora reprimidas en las que se veía como una prostituta que era visitada en su cama por una serie de hombres.

* El novelista Ray Bradbury describe bellamente este proceso en *Las crónicas marcianas*.

El incidente en la sesión que describí antes estaba cargado de interés libidinoso en un grado que no concordaba con la imagen que generalmente tenía de sí misma dentro de la relación analista-paciente.

Es probable que se inclinara a experimentar la desaparición de la escena de uno tras otro de aquellos doctores como algo resultante de haberlos asesinado ella en alguna forma. Una mujer que sufre una profunda fragmentación crónica —ya antes citada—, a quien he tratado durante años, siente que su identidad cambia en forma impredecible y constante, y está convencida de que cada pérdida de identidad se debe literalmente a un asesinato, cometido en muchos casos por mí. De igual manera, cada día tengo más motivos para creer que, en el curso de su descubrimiento de que ya no soy la(s) misma(s) persona(s) que era un momento antes en la sesión, se siente vulnerable a la acusación de haber destruido de alguna manera a esa(s) persona(s) ahora ausente(s).

Algunos datos referentes a tres sesiones sucesivas —y deseo subrayar particularmente los sucesos ocurridos en la tercera de ellas— que sostuve con una hebefrénica crónica durante el noveno de mis 13 años de trabajo con ella, servirán para ilustrar tanto la intensidad con que deseaba ser capaz de experimentar en forma duradera un mundo fuera de ella, la manera súbita y radical en que rechazaba algunas veces ese mundo y la potencia de los sentimientos de amor y odio que, según descubrí, surgieron en mí durante mi relación con ella. Esta mujer, que tenía 27 años de edad cuando me convertí en su analista, ha sido el paciente más trastornado de cuantos he tenido.

Preludio y sucesos de la sesión primera

Durante una sesión con ella al principio de esa misma semana, había tenido que reprimir un fuerte impulso de gritarle “¡la detesto!”, cosa que nunca me había ocurrido con nadie hasta entonces. En la sesión sabatina (la hora 1 de la serie a la que se hace referencia), ella expresó el deseo de trasladarse conmigo a mi consultorio, situado a unos 20 metros del edificio en que vivía, y yo acepté. Entre paréntesis, hasta ese día muy pocas veces había logrado llevarla a mi consultorio. Cuando ya había llegado a la planta baja y nos encontrábamos cerca de la puerta de salida, pareció invadirla el temor de sufrir una enorme pérdida si abandonaba *Upper Cottage*; inmediatamente empezó a lanzarme —como había hecho antes a menudo— palabras de oposición, burla e impaciencia en relación con el consultorio. Mi inadecuada respuesta fue: “Entonces quedémonos aquí” y volví a subir a su habitación; pero ella se quedó sentada en la planta baja, cerca de una enfermera. Unos minutos después volví a bajar, deseando expresarle cuánto la despreciaba y odiaba. Le dije en tono sarcástico en presencia de la enfermera: “Vea las cosas de este modo, Charlotte: trató usted de ir hasta mi consultorio para terminar la sesión, pero no pudo llegar siquiera a la puerta de *Little Lodge* (otro albergue contiguo para pacientes) —quise decir *Upper Cot-*

tage—; ¡ Ah, pero usted ha disfrutado un gran día!”, y salí del edificio cuando aún restaban 15 o 20 minutos del tiempo destinado a ella (cosa muy desusada para mí), deseando intensamente haberla lastimado. Todavía estaba hirviendo de indignación contra ella, cuando fui al comedor a tomar una taza de café. Al entrar, vi a la encargada del comedor y me sentí enormemente tentado de preguntarle “en broma”: “Sra. Schaefer, ¿cuánto me cobraría por añadir un poco de cianuro a la comida de un paciente?” Nunca antes había tenido un pensamiento semejante en relación con nadie.

Pasé el fin de semana paladeando con cruel satisfacción las sesiones de la semana siguiente con Charlotte. Planeaba vengarme por la sesión del sábado, obligándola —firme e imperturbable— a soportar las cuatro sesiones de la semana en las horas en que su cuarto era un horno. Olvidé, por cierto, que sólo tendríamos tres sesiones, pues una de las horas correspondía al 4 de julio.

Sesión segunda

Sin embargo, para mi sorpresa encontré que el lunes el tono de nuestra relación era muy positivo, aunque la sesión no resultó muy animada. En el transcurso de ésta me preguntó: “¿Entonces está bien que viva?”, como si hubiera hallado en mí una confirmación de ello. Había subido con presteza para la sesión, sin necesidad de que la guiaran, y se había limitado a llorar en silencio pero abundantemente por espacio de varios minutos, unas veces con expresión de pena, otras sin expresión y otras más —al parecer— con un cierto aire de placer. Le pregunté, sin emoción, si se había percatado de algún sentimiento mientras lloraba (de tristeza, acaso de placer o absolutamente ninguno). No respondió. Mi forma de reaccionar no era desusadamente “fría”; creo, empero, que nunca antes me había sentido tan libre de dudas o de culpa al reaccionar así ante ella.

Sesión tercera

No había visto a Charlotte desde el lunes, ya que el día anterior (martes) había sido 4 de julio. Al llegar a *Upper Cottage* el miércoles por la mañana a la sesión, la Sra. Weber (una ayudante) me informó que Charlotte estaba en el piso alto. Me sentí aliviado y satisfecho de que estuviera acostada en su habitación, pensando que las cosas eran más fáciles para mí de esa manera que cuando estaba levantada y fuera de su cuarto. No obstante, por unos instantes sentí remordimientos; no debía alegrarme de que no estuviera levantada; durante muchas semanas había escuchado palabras de preocupación del personal de *Upper Cottage* por el tiempo que pasaba en cama; constantemente se esforzaban por lograr que se levantara y saliera de su habitación.

Estaba tendida en la cama sobre un costado, de cara a la puerta y chupándose el pulgar, cuando entré y la saludé. Me senté a cierta distancia de su cama y me puse cómodo. Durante los primeros minutos intentó decir algo varias veces; no hablaba lo suficientemente fuerte para que pudiera escucharla bien y sus palabras sonaban confusas. No la apremié a que repitiera; permanecí en silencio. Estuvo callada chupándose el dedo por varios minutos más, con aspecto de confusión y desaliento, como era común en ella. Entonces le pregunté, empleando un tono ligeramente irónico: “¿Cómo van las cosas en su mundo?” “No puedo ver mucho de él”, replicó. Algunos minutos más tarde, mientras contemplaba uno de los dos altos postes a los pies de su cama, preguntó: “¿Ve usted algo malo en ese poste?” Mi respuesta fue: “¿No lo ve igual al otro?” Ella asintió y me hizo varias veces la misma pregunta: “¿Por qué no me da la llave, la llave del poste?” Yo ignoraba qué quería decir con ello; ella entonces rechazó un comentario mío (no consignado en las notas que hice después de la sesión), cuyo propósito era saber si el poste y la anhelada llave constituían un símbolo fálico para ella; seguramente no utilicé terminología técnica o abstracta. Vio de reojo la bragueta de mi pantalón y dijo: “Ella (nótese el empleo de la tercera persona, frecuente en ella) quiere verlo... ¿sabe usted a qué me refiero?” Contesté: “Me parece que ella probablemente quiere ver mi pene.” Rechazó mi conjetura, pero yo seguí pensando que era válida. “Ella quiere ver el mundo exterior”, me explicó, y agregó con una expresión de abandono en el rostro: “Alguna gente lo hace.”

Le respondí con suavidad: “Creo que usted ve muy poco del mundo exterior, ¿no es así? Seguramente le gustaría ver más de él.” Su respuesta a esto último fue agria, belicosa y despectiva: “¡A mí (nótese el uso de la primera persona en este caso) no me importa el mundo exterior! ¡Me importa el interior!” Durante los siguientes momentos mostró que se sentía rechazada e hizo breves comentarios alrededor de este sentimiento. Le dije, con amable firmeza: “Ahora se siente rechazada. Con facilidad se siente rechazada, ¿no es cierto?” “Es un infierno, ¿verdad?”, replicó emocionada.

Poco después se sentó y fijó la vista en mi camisa blanca. Dijo entonces, con voz muy llorosa: “Es una camisa bonita... me gusta estar sentada viendo la camisa.”

Más adelante preguntó: “¿Sabe usted lo que siente mi madre?” Su tono era de duda, como si hubiera querido decir “¿Siente ella algo?”; y añadió: “¿Sabe lo que ella siente acerca de sentarse?” Consideré que lo que quería saber era si yo estaba sintiendo algo; ninguno de mis comentarios dio lugar a un esclarecimiento mayor. En un momento dado me llamó cariñosamente “Mamá”. Al final de la sesión, mientras ella reía placenteramente, me acerqué a la cama y la besé en la sien, tal como hago con mi hija de 12 años. Ella se talló para borrarlo, en forma muy parecida a como lo hace mi hijo de cuatro años, pero siguió riendo como antes, con lo cual se esfumó mi momentáneo temor de haberla angustiado. Nunca antes la había besado. Y nunca antes habíamos tenido una sesión tan armoniosa y agradable.



Tengo la impresión de que una razón importante de la intensa ambivalencia de esta paciente en cuanto a cualquier relación con el mundo "exterior", es que tal mundo "exterior" equivale al autismo de su propia madre. Es decir, mi experiencia con esta paciente y con otros pacientes no tan gravemente autistas es indicadora de que el primer mundo "exterior" al que ella fue expuesta en la infancia y en una etapa muy temprana de la niñez, se componía de una madre autista en extremo. Así, en el grado en que la niña (por medio de procesos de proyección, introyección, identificación y una relación más madura con el objeto) se relacionaba con aquella forma particular de mundo "exterior", su *self*, potencialmente en desarrollo, sufrió un intolerable confinamiento. Es posible comprender que si, desde el punto de vista del niño (no formulado, desde luego), el único mundo exterior concebible fuera el representado por una madre profundamente preocupada, el pequeño bien podría oponerse violentamente a quedar recluido en ese mundo "exterior", permaneciendo, en cambio, sumergido en las ilimitadas fantasías de su propio mundo autista. Identificarse o relacionarse en otra forma con el único mundo "exterior" disponible, equivaldría a internarse en el mundo del autismo materno, o sea en su demencia o su depresión.

REFERENCIAS

1. Bradbury, R., *The Martian Chronicles (Las crónicas marcianas)*. Doubleday, Nueva York, 1950; Bantam, Nueva York, 1967. En la edición Bantam véanse las pp. 119-130.
2. Fromm, E., *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. Fondo de Cultura Económica, México, 8a. reimposición, 1970.
3. Milner, M., *The Hands of the Living God*. International Universities Press, Nueva York, 1969.
4. Searles, H. F., *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Hogarth Press y The Institute of Psychoanalysis, Londres, 1965, International Universities Press, Nueva York, 1965.
5. Searles, H. F., "Pathologic Symbiosis and Autism", en Landis B. y Tauber, E. S. (eds.), *A. Vision of Man*. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York (en prensa).

SUBESTRUCTURAS DEFENSIVAS EN GEMELOS MONOCIGÓTICOS CRIADOS EN EL MISMO MEDIO *

Annelise Heigl-Evers

Nos HEMOS impuesto la tarea de analizar subestructuras defensivas en gemelos, subdividiendo nuestra investigación en:

- a) La comprensión de las variantes entre gemelos con relación a las subestructuras de defensa, y su desarrollo.
- b) La comprensión de las diferencias entre los grupos monocigóticos y bicigóticos según la especie de las variantes.
- c) La comprensión de los determinantes de las variantes entre gemelos así como de las variantes entre grupos.

Con base en estas determinantes se harán reflexiones y sacarán conclusiones respecto a los factores genéticos y no genéticos que contribuyen a la manifestación de una neurosis. Se trata de una investigación más amplia, que apenas está en los principios de la observación clínica. Especialmente, la verificación y comprobación estadística serán objeto de futuros esfuerzos.

En primer lugar, emprendimos el examen clínico de las variantes intra-gemelares con relación a las subestructuras defensivas de gemelos monocigóticos. Puede presuponerse que estas diferencias *no* son congénitas. Hasta el punto en que al compararse con los grupos bicigóticos se revelaron como características de gemelos univitelinos, se las puede asociar a la sociodinámica específica del binomio constituido por gemelos idénticos. (Quizás deba yo en este punto intervenir como *advocatus diaboli*: una mayor tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos que han crecido *juntos* permite llegar a la conclusión de que existe un factor determinante de la manifestación de la neurosis, el cual se halla ausente en los otros grupos. Sólo podría asegurarse que este determinante es genético en el caso de gemelos monocigóticos que hubiesen crecido *separados*; habiendo crecido juntos, puede deberse a factores del medio, que *sólo* son propios de los gemelos monocigóticos.)

De los 60 pares de gemelos en total —que representan nuestra aportación a la serie de 100 pares descrita por el doctor Becker—, pudimos observar en 17 casos examinados en Gotinga, tres constelaciones típicas. Las hemos ordenado según el grado de identidad del par (conformidad del par). Empezaremos por aquella en que se manifiesta un grado mayor de conformidad:

* De la serie "Cien Pares de Gemelos. Una aportación a la Etiología de las Enfermedades Neuróticas". Presentada en el III Foro Internacional de Psicoanálisis. México, 1969.

