

La intimidad frustrada y posteriormente establecida: el seguimiento del desarrollo de una bebé a través de la terapia infantil.

Björn Salomonsson y Majlis Winberg Salomonsson

Introducción (Björn)

La capa más interna de un vaso sanguíneo se denomina *íntima*. ¿Es la intimidad, entonces, llegar a lo más recóndito de otro ser? ¿Es un “proceso por el cual una díada –en lo que hace a la expresión de pensamientos, afectos y comportamientos– intenta alcanzar una *comunicación plena* en todos los niveles?”¹ (Hatfield, 1982, cursiva agregada). Klein plantea que esto es una quimera; de hecho, “una temprana relación satisfactoria con la madre [...] implica un estrecho contacto entre el inconsciente de la madre y el del niño...” (1975: 307) pero esto no implica una comunicación plena. Más adelante en la vida, nos gusta “comunicar los propios pensamientos y sentimientos a alguien con quien se congenia, [pero] subsiste el anhelo *insatisfecho* de una comprensión sin palabras, en última instancia, de algo similar a la primitiva relación que se tenía con la madre. Dicho anhelo contribuye al sentimiento de soledad y deriva de la vivencia depresiva de haber sufrido una pérdida irreparable” (Ibídem: 307, cursiva agregada).

La intimidad implica la unión en el entendimiento y en el amor y la aceptación de la pérdida y la soledad. A falta de esta combinación, la intimidad se verá afectada, frustrada. La pensamos como una diná-

¹ Cita original en inglés: “process by which a dyad –in the expression of thought, affect, and behaviour–attempts to move toward *complete communication* on all levels”. (Hatfield, 1982:271, cursiva agregada).

mica, como una danza y no como un estado fijo o una fusión. Al igual que Klein, sugerimos que se construye en la infancia. ¿Qué ocurre entonces si tal danza íntima entre madre y bebé se malogra y pierde su ritmo? ¿Cómo se alteraría el desarrollo de afecto, de comprensión y de otras capacidades del niño? Como analistas de niños y como investigadores tuvimos la oportunidad de estudiar esta cuestión a través del seguimiento de Annie y su madre, a lo largo de siete años y medio. Antes de presentarlas, proporcionaremos algunas reflexiones generales acerca de la intimidad.

Todos somos fruto de la intimidad al ser concebidos –si bien no siempre es el caso– en un acto de amor y esperanza. Una vez consumada la concepción, la amenaza a la futura intimidad de los padres se “cuela” en la cama matrimonial. Las semillas de celos, los miedos a asumir responsabilidades y el riesgo de perder al niño conviven con la expectativa de la alegría compartida. El habitante anónimo está ya, de esta forma, alterando el mundo interno de sus padres, quienes tienen que preservar el equilibrio entre narcisismo y amor libidinal, autonomía y dependencia, amor por la vida y miedo a la muerte. La madre embarazada debe también acomodar su identidad corporal a un cuerpo que se comporta de formas misteriosas, por momentos dolorosas e incluso precarias. El equilibrio narcisista del padre, durante el embarazo, mientras el bebé siga “dentro de ella”, se encontrará amenazado pero él intentará negarlo. Más adelante, esa negación a sí mismo se desmoronará cuando el niño chille por las noches, cuando haya problemas para amamantar y cuando él deba cambiar los pañales.

El despertar de la sexualidad infantil también presentará una amenaza a la intimidad. Durante el embarazo, los cambios corporales de la madre presentan un desafío a su autonomía y a su sexualidad (¿Quién maneja mi vida, “esto” dentro mío o yo? ¿Qué es lo que “esto” hace con mi cuerpo y mis pasiones?). Luego llegará el recién nacido, arrastrándose sobre su cuerpo; oliendo, lamiendo, chupando, haciendo pis y caca. Queda poco espacio para la sexualidad adulta con un compañero que se ha convertido en un muchacho ojeroso que se pasa las noches buscando información sobre sarpuillidos infantiles en

Internet y con la aparición de este amante, diminuto pero insistente. Si la intimidad nace en el contacto cercano entre el inconsciente de la madre y del niño, esto implica a la sexualidad infantil de ambas partes. Mientras que “una crianza parental armoniosa, que brinda seguridad, genera el *contexto* interpersonal para una relación sexual con fantasías eróticas positivas, el *contenido* de las mismas resulta de la falla en una adecuada sintonía adaptativa madre-hijo” (Fonagy, 2008, cursiva agregada).² Tal falta de sintonía surge porque las sexualidades de la madre y del niño, como lo sugirió Laplanche (1989, 1999, 2007), se encuentran veladas, constituyen un enigma para ellos mismos y para el otro. En esta relación, el mensaje es “opaco para el que lo recibe, opaco también para el que lo emite” (Laplanche, 2001:17). Para que se desarrolle la intimidad, la madre debe interactuar con el niño con tolerancia, con humor, con calidez y con la capacidad de reconocer sus propias fantasías sexuales infantiles inconscientes (Bydlowski, 2001).

Este proceso puede ponerse en riesgo en la depresión puerperal; el espacio intersubjetivo fértil que existe en la falta de sintonía entre las sexualidades de la madre y la del niño puede ensancharse a tal punto que se vuelve una brecha insuperable. Estas madres están poco conectadas o ansiosas en relación al bienestar del niño. Las cuestiones narcisistas abundan, se sienten desvalorizadas, incapaces de amar o de tener intimidad con el niño. La culpa está siempre presente. Hay una tendencia a la desconexión o a la intrusión en las interacciones con el bebé, quien protesta o mira para otro lado (Cohn y Tronick, 1989). Muchos estudios han confirmado la relación entre la depresión materna y los problemas de conducta en el niño (ver reseñas en Field, 2010; Grace y Sansom, 2003; Murray y Cooper, 1997; Tronick, 2007).

La comunidad psicoanalítica no ha prestado demasiada atención específica a la cuestión de la depresión del puerperio (Blum, 2007). Por consiguiente, la noción de que su causa es “hormonal”, como también la perspectiva psiquiátrica de que es “otra versión de la de-

² Cita original en inglés: Whereas “attuned secure parenting generates the interpersonal *context* for an erotically imaginative intercourse its *content* arises out of the adaptive mother –infant misattunement” (Fonagy, 2008:26, cursiva agregada).

presión común” han quedado indiscutidas. Desde nuestra perspectiva, es más fructífero, tanto heurística como terapéuticamente, verla como una crisis existencial. Hay pocos eventos que pueden desestabilizar el equilibrio dinámico, cotidiano, entre pulsión y defensa con tanta intensidad como la llegada de un niño. ¿Vivo para mí o para el bebé? ¿Soy la niña de mi madre o la madre de mi niño? ¿Qué es lo importante en la vida? ¿Qué deseo y qué no deseo pasarle de mi propia infancia a mi bebé? Un día, el más diminuto de todos los profetas, el bebé, obliga a los padres a enfrentar todos estos interrogantes.

Nadie permanece incólume frente a la conmoción que produce la llegada de un niño. Hay quienes, incluso, quedan destruidos y padeciendo de depresión, como ocurre con una de cada seis madres. Muchos intuyen la dimensión existencial por debajo de su sufrimiento. Nos gustaría articular esta observación con el concepto de “preocupación maternal primaria” de Winnicott (1956), una “actitud mental muy particular”, un “estado organizado” caracterizado por una sensibilidad intensificada frente al bebé y a sí misma. En tal estado de desestabilización, un encuentro con un psicoanalista puede resultar fructífero y esencial; en pocos momentos en la vida se abre con tanta facilidad una ventana hacia el interior de la persona. Por lo tanto, los resultados rápidos y profundos de las consultas terapéuticas son sorprendentemente muy comunes. Esperamos inspirar a nuestros colegas a embarcarse en tal tarea.

Para aportar al tema del Congreso hemos elegido una díada madre-niño que participó en una prueba controlada aleatoria y que luego pasó a ser un caso de terapia de niños. Nuestro objetivo colateral es, por lo tanto, demostrar que los estudios cuantitativos pueden proporcionar información sobre la eficacia terapéutica y también exponer datos que son psicoanalíticamente relevantes. Nuestras observaciones, a lo largo de siete años, indican cómo la interrelación dada en la díada durante la infancia puede internalizarse en el niño y, a través de la terapia, ser abordada en una etapa posterior.

El caso

En mi entrevista para la investigación con Donna, de 30 años, y su hija Annie, de cinco meses, Donna comenzó diciendo:

“¡No soy buena para esta cuestión de madre e hija! No me gusta tomarme licencia en el trabajo sólo para empujar el cochecito. Supongo que me siento culpable. Sé que no soy políticamente correcta. Es una experiencia nueva esto de no poder compensar trabajando más aún. No me sentí bien hacia el final del embarazo. El doctor recomendó que me tomara una licencia. Le dije que no tenía tiempo. ‘Eso es precisamente tu problema’ – me respondió. Tuve una cesárea de urgencia porque el trabajo de parto no comenzaba. La herida se infectó, estuve bastante ausente en las primeras seis semanas (se ríe). El ‘contacto inmediato entre madre y bebé’ nunca apareció. A la niña nunca le gustó tomar el pecho, se tiraba para atrás como una estrella de mar enojada. Fantaseé con tirarla por la ventana. ¡Todo el mundo recomienda amamantar, pero no hay evidencia científica de que sea mejor que dar el biberón! Cuando mi marido retomó el trabajo me agarró el pánico. Estar sola con el bebé”.

Luego Donna afirma que su “verdadero” problema es que no puede cumplir con la expectativa de la sociedad acerca de la considerada felicidad maternal. Ella alterna entre breves momentos depresivos en donde toma conciencia de que su relación con Annie agoniza y períodos más largos –más esquizo-paranoides (Klein, 1946)– en los que acusa a la sociedad de imponer actitudes erróneas a las madres. Sin embargo, se da cuenta de que “en alguna etapa de la vida hay que atravesar esto de tener a alguien que dependa totalmente de uno”.

La relación de Donna con Annie es “funcional. Soy yo la que entiende sus necesidades”. Le pregunto, “¿Cómo piensas que respondería Annie si yo le preguntara?” Me responde: “Pienso que diría: mamá tiene muy poca paciencia conmigo, está disociada, con la mente ausente”. Luego caricaturiza a la niña: “¡Mamá, quiero atención *todo* el tiempo!” Sólo al preguntarle acerca del marido se le

llenen los ojos de lágrimas. Confirma el cariño que le tiene y anhela sentir tales emociones hacia Annie.

Donna ha experimentado ambivalencia con su maternidad desde el comienzo del embarazo. Su amor hacia Annie se muestra con dificultad y sus sentimientos negativos se tornan manifiestos. Se desliga de los aspectos sensuales de la maternidad y la restringe a una obligación impuesta por la sociedad, probablemente en un esfuerzo por negar la culpa. Cuando el peso de su conflicto es demasiado, lo proyecta hacia la sociedad; es la sociedad, y no ella, la que es rígida y demasiado demandante.

Annie es una niña resultado de un embarazo planeado y deseado pero que resultó un *shock* para Donna. Su rechazo a inscribirse en la lista para el pedido de licencia por enfermedad, es reflejo de que es “una adicta al trabajo”. Que una madre, como lo postula Gentile, deba abstraer su propia mente y ofrecer al bebé su “subjetividad sin imponerla”,³ choca con la forma de ver el mundo que tiene Donna. Como toda madre, está bastante enojada con su “ocupante” (Harris, 1997) pero no logra integrar tales sentimientos y, en lugar de ello, se torna molesta e irónica con Annie.

Donna habla también de su propia madre.

“Tenemos un contacto muy cercano y frecuente... Bueno, yo tengo una educación académica pero mis padres no han leído mucho a Strindberg⁴ que digamos... Mi mamá siempre tiene prisa y no piensa bien las cosas. Le pregunté si había pensado algo en especial cuando me tuvo. Me miró como si fuera un marciano: ‘¿Se supone que tenía que pensar algo en especial? Solo hice lo que hice’”.

Pero aunque Donna siente que la actitud despreocupada de su madre alegra su propia naturaleza, más sombría, yo siento que su lenguaje, su forma de hablar ingeniosa y parlanchina, sólo por momentos la sumerge en sus dolorosos sentimientos.

³ Original en inglés: “*unimpinging subjectivity*” (Gentile, 2007: 556).

⁴ Johan August Strindberg (1849-1912) fue uno de los más importantes escritores y dramaturgos suecos (N. del T.).

Cinco meses: primera entrevista y video

La entrevista era parte de un ensayo controlado aleatorio que se llevó a cabo en Estocolmo, en el cual se asignaba, a 80 díadas madre-niño, ya sea un programa de 25 sesiones con un psicoanalista terapeuta de padres e hijos o bien un tratamiento común en los centros de salud infantil locales. Éste es en Escandinavia un ambicioso programa que ofrece chequeos frecuentes con enfermeras especializadas y pediatras capacitados para detectar los signos de depresión puerperal y, si fuera necesario, recomendar su tratamiento. Los resultados del estudio (Salomonsson y Sandell, 2011a, b) se inclinaron por el tratamiento psicoanalítico para la depresión (Cox, Holden y Sagovsky, 1987) y el estrés informados por las madres (Östberg, Hagekull y Wettergren, 1997) y las relaciones (ZERO-TO-THREE, 2005) e interacciones (Biringen, Robinson y Emde, 1998) en las díadas evaluadas por los observadores. Se filmó a estas últimas en videos de diez minutos de duración. Veamos ahora la grabación a los cinco meses de edad de la niña. La instrucción que di a Donna fue simplemente: "Compórtate con Annie como lo haces en casa".

Se muestra el video (4 minutos)

El video muestra la limitada sensibilidad de la madre. Su ritmo es demasiado rápido para un bebé. Frente al distrés en aumento de la niña, decide que debe ser causado por "pedos o caca". Interpreto esto como una de las muchas identificaciones intrusivas a través de las cuales Donna busca eliminar sus propios aspectos indeseables. Otros mecanismos de este tipo consisten en llamar a Annie "cara de ciruela" y preguntarle "¿eres una hawaiana que solo sabe las vocales, o-u-a-y-a?". La niña quiere estar en brazos de la madre pero esta lo interpreta como un pedido de cantarle canciones o de cambiarle los pañales. El lenguaje de Donna, su hablar acelerado y parlanchín cuando está conmigo, se hace evidente también cuando está con la niña. Esto deja una duda acerca de cómo podría contener el distrés emocional de la bebé.

En mi contratransferencia, Annie parecía "vieja" y preocupada,

sus ojos se veían tristes. De vez en cuando saltaba y se movía sobre la falda de mamá. Luego de la grabación del video, Annie comenzó a llorar y la madre la imitó con ironía. A medida que los chillidos se intensificaron, su incapacidad para consolarla fue en aumento. Mientras tanto, Donna informó que el amamantamiento, no demasiado exitoso, duró hasta los dos meses y medio, cuando Annie “rechazó el pecho como una loca”. El dormir era un problema constante, Annie se sobreestimulaba con facilidad y no se podía estar con ella en un café. “Todo el tiempo había algo que no andaba bien”.

Once meses: la segunda entrevista

Donna y Annie fueron asignadas en forma aleatoria para recibir tratamiento en el centro de salud infantil y concurrieron seis meses más tarde –de acuerdo con el diseño de la investigación– para una segunda entrevista a los once meses de la niña. Donna dijo: "El filtro entre nosotras ya no está. Puedo tener con ella, también, el tipo de intercambio que tengo con mi marido. Ahora tomé algo de distancia y estoy en una espiral positiva. No entendía que estaba deprimida, me sentía como la mierda. Ahora soy una madre con un trabajo, no una profesional que además tiene un hijo”.

Annie acaba de aprender a caminar. Busca el contacto y me ofrece un juguete para armar. Donna dice que la niña también sufrió durante su depresión, pero

“que no le hizo daño. Todavía tiene problemas con la comida, pero ahora que ya no amamanto no me lo tomo de modo personal. Ya no hay problemas para dormir. Es una niña con fuerza, curiosa, vivaz, que nunca ha estado sentada quieta durante mucho tiempo pero eso no tiene importancia ahora que puede moverse sola”.

En el video se puede observar que la sensibilidad de la madre ha mejorado. Al dejar la habitación, cuando comienza la grabación, Annie me sigue con la mirada. Su madre, al notar lo, le dice: "Te has puesto un poquito triste porque se fue, no te preocupes, va a volver". Donna le

señala y le nombra varios objetos a la niña pero no se da cuenta cuando Annie busca su pecho. Toma un libro para llamar su atención pero no nota el desinterés de la niña. Su ritmo es aún algo acelerado.

En síntesis, Donna se ha dado cuenta que al comienzo de la vida de Annie ella estaba deprimida. Ahora se siente mejor y se muestra agradecida por el apoyo que le ha brindado su marido. También informa que el contacto de este último con Annie es mejor que el que tiene ella. Disfruta más el ser madre y ha empezado a soñar con un segundo niño. Se dice a sí misma que Annie no ha sufrido ningún daño pero también informa acerca de problemas con la alimentación y un nivel marcado de actividad.

Permítasenos retornar al tema de la intimidad. Si esta implica danzar juntos, entonces presupone un sentido del ritmo, una capacidad de escuchar y captar las señales del otro y un amor hacia uno mismo y hacia el otro. ¿Hasta qué punto puede madurar la intimidad cuando a una madre no le gusta empujar el cochecito con su bebé con “cara de ciruela” y siente que tiene que pasar “por esto” con un ser que depende de ella? ¿Y si el bebé se arquea hacia atrás, “como una estrella de mar enojada” al tomar el pecho, duerme mal y no puede estar con mamá en un café? Sugerimos que estas observaciones iniciales son indicadores de los problemas de Donna y de Annie para sostener una relación de intimidad. Seis meses después, el filtro de mamá ya no está, quizás porque su depresión se ha curado o porque Annie se ha hecho más independiente y sus rutinas están más establecidas. Pero, por supuesto, nos preguntamos si Donna está en lo cierto respecto a que Annie no ha sufrido ningún daño. Majlis informará ahora sobre algunas respuestas que obtuvimos unos años después.

Cuatro años y medio: la tercera entrevista

Conocí a Annie en una entrevista cuando ella tenía cuatro años y medio, como parte del seguimiento del ensayo de control aleatorio. El objetivo era comparar la eficacia a largo plazo de los dos tratamientos a los que Björn asignaba a las parejas de madres y niños. Elegimos

una edad en la que los niños ya pueden usar palabras, participar en pruebas verbales y permanecer solos en una entrevista conmigo. Recolectamos datos de 66 niños de cuatro años y medio –33 de cada grupo– de un total de 80, es decir, un porcentaje de respuestas del 83%. En las entrevistas yo no sabía nada acerca de las historias de los niños o a qué grupo habían sido asignados.

Las entrevistas grabadas en el video comenzaron con la bienvenida a la madre y al niño, quienes eran luego separados y dirigidos a dos habitaciones adyacentes. Björn entrevistó a las madres acerca de sus representaciones internas del niño (Zeanah, Benoit y Barton, 1986). Mientras tanto, yo hacía pruebas del funcionamiento cognitivo de los niños (Wechsler, 2005) y luego les daba un juguete *Legó* para armar y les decía: “lo puedes armar con mamá”. La madre y el niño eran reunidos, jugaban con el *Legó* y luego se les servía galletas y limonada. La secuencia tenía una duración de 20 minutos, luego de los cuales se los separaba nuevamente. Björn pasaba luego a preguntar sobre la salud y los sucesos ocurridos en sus vidas desde el estudio previo, acerca de la conducta y de las relaciones tanto en la casa como en el *kindergarten*. Mientras tanto, yo evaluaba el funcionamiento general del niño (Shaffer *et al.*, 1983) y les preguntaba cosas como ¿qué haces en casa?, ¿y en el jardín con tus amigos?, luego de lo cual la madre y el niño eran reunidos y nos despedíamos.

Diagramé mis impresiones acerca de la niña en una serie de palabras inventadas por mí misma. Estos, de alguna forma, “tipos ideales” (Wachholz y Stuhr, 1999) no adjudicaban cifras a los niveles de funcionamiento sino que la descripción de cada tipo de niño se hacía de manera idiosincrática, así: “curioso/a”, “buen/a niño/a”, “alborotador/a”, “temeroso/a”, etcétera. En un segundo paso organicé estas palabras en cuatro tipos: el *niño abierto*, que parecía vivaz, seguro de sí mismo; el *niño ordenado*, era competente y amable pero algo medido o inhibido. Estos dos tipos se fusionaron en la categoría de “*niños que están bien*”. El *niño ansioso* estaba preocupado, inhibido o tímido y el *niño provocativo* era molesto, malicioso o abiertamente agresivo. Estos dos últimos tipos formaron la categoría de “*niños problematizados*”.

El resultado del estudio (Winberg Salomonsson, Sorjonen y Salomonsson, 2015a, b) demostró que los niños que habían estado en el grupo de análisis mostraban un mejor funcionamiento general y entre ellos había más “niños que están bien” y menos “niños problematizados”. Además, los indicadores de carácter positivo iniciales en los cuestionarios sobre depresión para las madres que estuvieron en análisis se mantuvieron a través de los años. Es probable que esto les haya proporcionado una ventaja, comparado con el grupo de madres que no tuvo análisis, al responder y tratar con los niños.

Ahora pasemos a Annie: en la entrevista me miró algo tensa y con timidez y no dijo ni una palabra. Dejó a la madre sin problemas y se concentró en sus tareas. De vez en cuando me miraba detenidamente y luego me dedicó una pequeña sonrisa. Resolvió las tareas con rapidez y facilidad, se la veía discretamente satisfecha, luego de lo cual estuvo más vivaz y relajada: “Guau, esto no era para nada difícil”. Cuando le pedí que hiciera un dibujo de una persona, hizo una bruja (Figura 1), haciendo una sopa de bruja con moscas y mosquitos. De pronto dijo que necesitaba hacer caca y agregó: “Me puedo limpiar sola”.

En la prueba de completar una historia (Hodges, Steele, Hillman, Henderson y Kaniuk, 2003) sus historias eran a menudo sobre niños que se las arreglaban solos. Muchos peligros eran negados, como en la historia del chanchito que se perdió en el bosque, que consiguió volver a su casa solo, nadie lo ayudó y ninguno de los animales salvajes que rondaban representó peligro alguno.

En el video de madre e hija, Annie hablaba de mí. La madre preguntaba sobre mí y hacía comentarios, un tanto burlones, sobre las respuestas de Annie: “¿De qué hablaste allí adentro? –De qué es lo que necesitas cuando llueve –respondió la niña –¿Qué respondiste, un traje de baño? –(Mamá se rió.). –No, dije un sombrero de lluvia, un impermeable y botas de lluvia –explicó Annie. A lo que la madre respondió –¿No te serviría lo mismo un traje de baño?”.

En la entrevista con Björn, Donna informó que a Annie no le gustaban las situaciones nuevas, a menos que se le avisara con antelación y exactitud al respecto. Le resultaba dificultoso jugar sola y quería controlar a qué juegos jugar con sus pares. Otra cuestión era el miedo

a sentirse avergonzada. Le gustaba el pre-escolar con sus reglas y rutinas y siempre había sido quisquillosa con la comida. Mamá agregó: “A veces me pregunto si no seguirá buscando aquel amor que no le di incondicionalmente en ese primer año”.

Mi impresión de Annie era la de una niña talentosa, controlada, inhibida y diligente. Parecía motivada por sí misma y utilizaba una defensa del tipo “yo me puedo arreglar sola” contra ansiedades cuyo contenido, dada la situación, yo sólo podía hipotetizar. La evalué como una niña “ordenada”, integrante del grupo de los “niños que están bien”, si bien su funcionamiento general estaba levemente por debajo del límite clínico establecido. Me preguntaba también por la forma en que por momentos me miraba; en la contratransferencia, estas miradas me provocaban curiosidad y calidez. Comprendí mejor mis sentimientos cuando trabajé con los resultados de su nivel de funcionamiento general. Al discutirlos con un experto independiente, como suelo hacerlo, éste me dijo que yo había asignado a Annie un resultado demasiado alto. Caí en la cuenta de cómo me había reconocido a mí misma en esa niñita diligente y laboriosa que parecía sentirse sola y no se apoyaba en otras personas cuando los peligros amenazaban. Pude identificarme con su dolor por no ser comprendida y por su soledad, al haber vivido experiencias similares en mi infancia.

Retrospectivamente, pienso que Annie se interesó en mí al sentir mi empatía con sus problemáticas, interés que manifestó en el diálogo del video con su madre. Intentó defenderse de las preguntas inquisitivas de la madre, que aumentaron cuando la niña repetía “quiero volver con Majlis”. Notamos aquí un origen de su transferencia positiva y, probablemente, también la transferencia negativa de la madre.

Seis años: la psicoterapia de la niña

Un año y medio más tarde la mamá me llamó. Donna describía una situación caótica en el hogar; Annie tenía berrinches frecuentes y todos los miembros de la familia, incluido el hermanito de tres años y medio, tenían que adaptarse a ello. Annie había mencionado que

quería ir a ver a “aquella señora”. Finalmente Donna comprendió que se estaba refiriendo a mí.

En mi primera entrevista con los padres agregaron que Annie no podía estar sola y que evitaba el contacto físico. Tenía miedo a los perros y a los ascensores y rechinaba los dientes pero también era inteligente y se portaba bien en la escuela. Mamá, con los ojos llenos de lágrimas, recordó que siempre había sentido una distancia entre Annie y ella: “Al principio no tuve contacto con ella. Siento como si sólo hubiera tenido un embarazo y un parto” –explicó, refiriéndose al hermano menor.

Unos días después me encontré con Annie, quien sonrió tímidamente al reconocermé. Quería hacer dibujos: una flor (Figura 2) y una silla “para sentarse” (Figura 3). Pensé que ésta era su forma de establecer un lugar para ella en mi consultorio. Esto marcó el inicio de una terapia en la cual vi a Annie una vez por semana durante un año y medio y a los padres una vez al mes. Annie estaba deseosa de venir y casi nunca perdía una sesión.

Su cortesía y su consideración terminaron pronto. Se volvió maliciosa, hacía trampa en los juegos y me escribía notas diciendo “Majlis es una mierda, una salchicha de pedo, una salchicha de caca”. Aquí hay un dibujo (Figura 3) en el que todos se ríen de mí. Hice un comentario sobre qué difícil debía ser que lo traten a uno de esa manera y sentir que no vale nada. Su respuesta fue más despreciativa aún y se burló de mí por considerarme débil y una fracasada. Rosenfeld (1971) describe una organización patológica del narcisismo por la cual el paciente busca “controlar y reprimir sus partes que quieren depender del analista como una persona útil” (Rosenfeld, 1971-2:12). Desprecia esas partes de sí mismo como también las desprecia en el analista que quiere brindarle ayuda. Por consiguiente, a Annie inconscientemente le parecía que ambas éramos una salchicha de pedo. Su desprecio y su actitud de arreglárselas sola pueden verse como desarrollos de estrategias de defensa tempranas en respuesta a cómo su madre la trató en la infancia y también como una identificación con los rasgos de carácter comparables en esta última.

En la contratransferencia sentí el impulso de despreciarme

profundamente o de buscar revancha. Esto correspondería al concepto de Racker de “identificación complementaria” según el cual “el analizado trata al analista como a un objeto interno, razón por la cual éste se siente tratado como tal, es decir, se identifica con este objeto” (1959:162). En una palabra, me hubiera sentido como la mierda. Sin embargo, pude realizar una “identificación concordante” con el dolor subyacente de Annie y el desprecio por su *self* de caca. Logré entonces permanecer en una actitud de contención reflexiva o, en palabras de Racker, alcanzar una empatía “que ‘simplemente’ refleja[ra] y reprodu[jera] los contenidos psicológicos [de ella]” (ibídem). Le dije que no era fácil sentir que a una la dejaban de lado y tener miedo a que los demás puedan ser crueles y reírse. Mi identificación con este *self* infantil denigrado me ayudó a percibir cómo se sentiría ser Annie y resultó doloroso.

Los ataques de Annie hacia mí disminuyeron lentamente. Un día me sugirió hacer un libro juntas: "La historia de la perca que no podía nadar". Ella dictaba, yo escribía y ella hacía los dibujos. Había una vez una perca que no podía nadar. Los demás pececitos se burlaban de él (Figura 5). Descendió de la piedra y se sintió muy triste. Otro pez le preguntó: "¿Quieres jugar? –Pero no puedo nadar, entonces no puedo ir a jugar. –Y agregó: –¿Me puedes enseñar a nadar? –Sí". (Figura 7)

Annie imagina un pez que está solo y que no es normal, pues no puede nadar. Luego introduce un objeto que ayuda, el maestro de natación. En el último dibujo reconocemos una forma como la de la silla, que retorna de uno de sus primeros dibujos. En aquel momento era sólo un indicador de la esperanza de obtener un marco en donde poder lidiar con sus ansiedades. Esta vez el dibujo es mucho más vivo y espontáneo.

Las raíces de las estrategias proyectivas de defensa en esta pareja madre-niña podían ya vislumbrarse en el estudio del infante. En el video, vimos cómo las identificaciones proyectivas tomaron la forma de evacuaciones (Rosenfeld, 1987). Si recordamos el comentario de Donna “pedos o caca, pedos o caca” al bebé que chillaba, vemos cómo un comentario desagradable y descuidado comenzó, quizás, a ser introyectado como un objeto interno malo y luego, en la terapia, es

“exportado”, primero cuando Annie necesita hacer caca y, en segundo lugar, proyectado en mí: “Majlis es una salchicha de caca”. Debido a la contención que empieza a lograr el paciente, este tráfico disminuyó y surgió un estado de ánimo depresivo.

Me reuní regularmente con los padres para compartir información y para atender al sentimiento oscilante de Donna en cuanto a la confianza en sí misma como madre. En el momento de la historia de la perca, la madre informó sobre un cambio importante en Annie y un contacto emocional que se profundizaba. A la hora de irse a la cama se largaba a llorar y decía que no podía ser buena con su familia. La madre estaba sorprendida y agradecida por esta apertura en la comunicación entre ellas. “Hay tantas cosas rondando en la cabeza de Annie de las que yo no tenía idea. Siempre se las guardó”. Annie ahora podía abrirse y la madre podía recibir y contener el desprecio que la niña tenía por sí misma y su miedo de no sentirse amada.

Al mismo tiempo nuestro contacto se hizo más profundo. Annie se volvió más abierta conmigo, me mostraba sus deberes escolares y dejó de atacarme. Además, demostraba su tristeza más abiertamente; se preguntaba qué podía hacer para no arruinar con sus palabras de enojo y sus arrebatos habituales un paseo familiar que se había planeado.

Luego de un año y medio de terapia, Annie quería finalizar y pasar más tiempo con sus compañeros. “Antes pensaba que yo sólo era mala y estaba enojada, pero ahora pienso que adentro mío hay alguien que a veces está feliz y a veces triste”. Sus palabras finales fueron: “¿Puedo volver a venir si tengo ganas?”.

Comentarios de conclusión

Sugerimos al principio que la intimidad es una “danza” en la cual dos personas forjan una relación de cercanía si bien conservan el respeto por la integridad del otro. Esta capacidad, agregamos, está enraizada en el intercambio entre madre y niño. Si en ocasiones los dos imaginan estar felizmente unidos, en realidad su interjuego se encuentra en una constante fluctuación entre encuentro y

desencuentro, como lo sugiere el Modelo de Regulación Mutua de los Afectos de Tronick (2007). Desde otra perspectiva, sugerimos que la intimidad –un resultado esencial de la dinámica Ps ↔ D (Bion, 1970)– sólo se logra en momentos de la posición depresiva. A veces uno se imagina tener intimidad pero esto podría ser el resultado de una ilusión construida sobre la idealización de proyecciones hacia el otro o hacia uno mismo. Si tal descubrimiento lleva a una elaboración exitosa del duelo, podría resultar en el respeto y el interés por el otro. Creemos que es la posición depresiva la que prepara el terreno para la verdadera intimidad o, mejor dicho, que en ella reside la verdadera intimidad.

Luego hicimos el seguimiento de una díada en la cual la intimidad quedó frustrada desde un principio. El embarazo fue deseado pero luego considerado una molestia. Un video y una entrevista a los cinco meses permiten observar varios obstáculos para el desarrollo de la intimidad. La sensibilidad de Donna no era la ideal; su lenguaje, su hablar parlanchín, charlatán, demostraba un contacto limitado con sus emociones y expresaba la proyección de sus aspectos negativos hacia Annie. La relación de Donna con su propia madre era racional, fáctica, benevolente, pero no íntima. Esto la dejó desamparada e incapaz de hablar con su madre las cuestiones relativas a Annie. La bebé se convirtió en la latencia en una niña inteligente y diligente pero autoritaria y ansiosa.

Hemos trazado una trayectoria del desarrollo, desde las interacciones madre-niño y las entrevistas, hasta la psicoterapia infantil. Nos queda una pregunta importante: ¿cómo se internalizaron en la niña las interacciones observadas? ¿O deberíamos entender –a lo Klein– sus síntomas como la expresión de conflictos emocionales con base en lo constitucional instintivo? De hecho, hemos concebido a su mundo interno en términos de Klein y sus seguidores, al utilizar, por ejemplo, términos como identificaciones proyectivas e intrusivas. Sin embargo, Klein tuvo la tendencia a minimizar el impacto externo de la madre en el bebé y no proporcionó una teoría sólida acerca de cómo la madre y el bebé interactúan e influyen mutuamente sus mundos internos. Esto condujo a una crítica justificada desde Bowlby

(1958) y otros acerca de la escasa base empírica de las especulaciones psicoanalíticas sobre el mundo interno del niño y a llevar a cabo la investigación sobre la teoría del apego. Desde nuestra perspectiva, condujo también a focalizar en menor medida sobre el mundo interno inconsciente y a la construcción de una metapsicología novedosa y, por momentos, algo forzada.

Sugerimos que no hay un enfoque para la comprensión del mundo interno del niño que pueda abarcarlo todo. El motivo por el cual Annie se convirtió en la latencia en una niña muy enojada, fóbica, inteligente y ansiosa no puede explicarse a partir de nuestras observaciones de las interacciones entre Donna y Annie o por las entrevistas, como tampoco por la terapia de la niña. Pero sí obtuvimos suficientes datos empíricos para llegar a la siguiente conclusión: la contención oscilante por parte de Donna que se observó en los videos y en las formas de hablar sobre su bebé resultó un obstáculo para la recepción y el procesamiento de las proyecciones de Annie. Sus emociones permanecieron en un estado no metabolizado y se tornó inquieta e irritable. Tiempo después, al buscar confort, encontró una madre que estaba menos deprimida, ambivalente pero alegre y abrumada por la culpa. Si bien su capacidad de contención era mayor, ésta estaba lejos aún de ser óptima. A pesar de concienzudos esfuerzos y de buena voluntad, Donna no pudo borrar las cicatrices de la infancia de Annie. La intimidad había sido coartada en la cuna. No obstante, fue posible establecerla razonablemente bien a través de la contención que logra un paciente cuando es tratado en un *setting* de psicoterapia infantil clásico.

Bibliografía

- Bion, W. R. (1970): *Attention and interpretation*. Londres: Karnac Books.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., y Emde, R. N. (1998): *Emotional Availability Scales* (3rd Ed.). Colorado State University: Unpublished manual.
- Blum, L. D. (2007): Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 45-62.
- Bowlby, J. (1958): The nature of the child's tie to his mother. *Int. J. of Psychoanal.* 39, 350-373.

- Bydlowski, M. (2001): Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne (The interior look of the pregnant woman, psychological transparency and representation of the internal object). *Devenir*, 13(2), 41-52.
- Cohn, J. F. & Tronick, E. (1989): Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 242-248.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987): Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Field, T. (2010): Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 1-6.
- Fonagy, P. (2008): A genuinely developmental theory of sexual enjoyment and its implications for psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(1), 11-36.
- Gentile, J. (2007): Wrestling with matter: origins of intersubjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 76, 547-582.
- Grace, S. L., & Sansom, S. (2003): The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development. En D. E. Stewart, E. Robertson, C.-L. Dennis, Grace, S. L. y T. Wallington (Eds.): *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network.
- Harris, A. (1997): Aggression, envy and ambition: Circulating tensions in women's psychic life. *Gender and Psychoanalysis*, 2, 291-325.
- Hatfield, E. (1982): Passionate love, companionate love and intimacy. En M. Fisher y G. Stricker (Eds.), *Intimacy* (pp. 267-292). Nueva York: Plenum.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., y Kaniuk, J. (2003): Changes in attachment representations over the first year of adoptive placement: Narratives of maltreated children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(3), 1359-1045.
- Klein, M. (1946): Notes on some schizoid mechanisms. En R. Money-Kyrle (Ed.), *The writings of Melanie Klein* (V. 3, pp. 1-24). Londres: Hogarth Press.
- Klein, M. (1975): *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. [Traducción al español: (1988) *Envidia y gratitud*. (3 vol.) *Obras completas de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós].
- Laplanche, J. (1989): *New foundations for psychoanalysis [Nouveaux fondements pour la psychanalyse, 1987]* (D. Macey, Trans.). Oxford: Basil Blackwell.
- Laplanche, J. (1995): Seduction, persecution, revelation. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 663-682. [Traducción al español: *Entre seducción e inspiración: el hombre*. (1a. ed.). 2001. (Trad. Irene Agoff) Buenos Aires: Amorrortu].

- Laplanche, J. (1999): *Essays on Otherness*. Londres: Routledge.
- Laplanche, J. (2007): “Sexual”. *La sexualité élargie au sens Freudien* (“Sexual”. Sexuality enlarged in the Freudian sense). Paris: Presses Universitaires de France.
- Murray, L., y Cooper, P. J. (1997): *Postpartum depression and child development*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Racker, H. (1968): *Transference and countertransference*. London: Karnac Books. [Original en español: (1959) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós: Buenos Aires]
- Rosenfeld, H. (1971): A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int. J. of Psychoanalysis*, 52, 169-178. [Hay traducción al español: Aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y de muerte; una investigación de los aspectos regresivos del narcisismo. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. [en línea]. (Vol. 13, n. 2-3 (1971-1972). (Trad. T. R. Vidal). Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay. <http://www.apuruguay.org/apurevista/1970/168872471971197213020303.pdf>. [consulta: 17/01/2017.]
- Rosenfeld, H. (1987): *Impasse and Interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. Londres: Tavistock.
- Salomonsson, B., & Sandell, R. (2011a): A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment. 1. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings. *Infant Mental Health Journal*, 32(2), 207-231.
- Salomonsson, B., & Sandell, R. (2011b): A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment. 2. Predictive and moderating influences of quantitative treatment and patient factors. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 377-404.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Prudence, F., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983): A Children’s Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Tronick, E. (2007): *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. Ciudad de Nueva York: W. W. Norton.
- Wachholz, S., y Stuhr, U. (1999): The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research*, 9(3), 327-341.
- Wechsler, D. (2005): *WPPSI-III. Manual, del 1. Svensk version*. (Título original: *Wechsler preschool and primary scale of intelligence*, 3rd ed.) E. Tideman, Trans. Estocolmo: Psykologiförlaget.
- Winberg Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015a): A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother–infant psychoanalytic treatment: Outcomes on the children. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 12-29.
- Winberg Salomonsson, M., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015b): A long-term follow-

- up study of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: Outcomes on mothers and interactions. *Infant Mental Health Journal*, 36(6), 542-555.
- Winnicott, D. W. (1956): Primary maternal preoccupation. *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 300-305). Londres (1982): Hogarth Press.
- Zeanah, C., Benoit, D., y Barton, M. (1986): Working model of the child interview. Unpublished interview. Nueva Orleans: Tulane University.
- Zero-To-Three (2005): *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (DC 0-3:R). Washington DC: Zero to three Press.
- Östberg, M., Hagekull, B. y Wettergren, S. (1997): A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(3), 199-208.