

LA OBSERVACIÓN DE BEBÉS

El método Esther Bick de la Clínica Tavistock

*Recopilado por
Jeanne Magagna y Clotilde Juárez*

KARNAC 2017

CAPÍTULO 14

Llorar, no llorar y estar a solas con el dolor

Jeanne Magagna

*Hay algo sin nombre dentro de nosotros.
José Saramago, Ensayo sobre la ceguera*

Introducción

En este capítulo voy a discutir aspectos del llorar y el no llorar, relacionando la observación de bebés con el trabajo clínico. Una vez que decidí tratar este tema, me sorprendí por cómo quería pensar el llanto y relacionarlo con aspectos psicológicos. A medianoche desperté y pasé un buen rato pensando qué decir. La vitalidad que eso me produjo me llevó a sospechar que parte de mi entusiasmo debía estar ligado a aspectos ocultos en mí que pacientemente esperaban que los tuviera en cuenta. He experimentado pérdidas de personas importantes y decepciones en experiencias de estar en sintonía emocional.

Desde que nacemos y a lo largo del ciclo vital lloramos ... lloramos cuando alguien no puede entendernos, cuando estamos compartiendo nuestros sentimientos con ellos. Lloramos cuando alguien nos deja. Lloramos algunas veces cuando dejamos a alguien. Nos vemos llorando especialmente cuando no permanecemos internamente conectados de manera amorosa con una persona que se separa de nosotros. A veces

hay una necesidad de llorar como parte del duelo por esas pérdidas. A veces lloramos por lo que parecen ser *hermosos momentos*. Por ejemplo, el lunes, en una terapia de pareja, el esposo —que suele confiar en su esposa para tomar todas las decisiones sobre sus hijos— dijo: “Un momento, ¿podemos salir unos instantes?”. Cuando regresaron, dijeron:

“Hemos reconsiderado nuestra decisión de mantener a Rachel en la lista de espera para hospitalizarla. Ahora nos sentimos suficientemente fuertes para trabajar juntos y ayudarla en casa”. Luché por no llorar al darme cuenta de que después de un año de trabajo juntos, sentían confianza en sí mismos como padres, y tenían la voluntad *de trabajar juntos, más que separadamente como padres*, con su hija anoréxica de 13 años. ¡Fue un momento verdaderamente hermoso! Estaban siendo bastante realistas para ver que su hija se había recuperado lo suficiente, física y psicológicamente, para que pudieran ayudarla en casa. ¿Por qué me dieron ganas de llorar durante ese hermoso momento en que la pareja regresó? Ellos habían pasado un año miserable con su hija anoréxica que se rehusaba a comer, que era muy obsesiva y no asistía a la escuela. La chica se había sentido muy desdichada, y ahora salía con un chico y se sentía feliz. Me pregunté nuevamente, ¿por qué quería llorar?

José Saramago, con su *Ensayo sobre la ceguera*, me ayudó a comprender. En la novela todos, salvo la esposa del doctor, se habían quedado ciegos. El doctor dijo:

Es posible que esta ceguera haya llegado a su fin, es posible que empecemos todos a recuperar la vista. Al oír estas palabras la mujer del médico empezó a llorar, tendría que estar contenta, y lloraba. Qué singulares reacciones tiene la gente, claro que estaba contenta, Dios mío, es bien fácil de entender, lloraba porque de golpe se le había agotado toda la resistencia mental, era como una niña que acabase de nacer y este llanto era su primero y aún inconsciente vagido. (Saramago, 1997: 241)

Al parecer traté de contener la angustia de los cuatro miembros de la familia, pero tal vez durante este año me estuve defendiendo de alguna manera contra su intenso dolor. Experimenté de pronto *un momento*

hermoso cuando la pareja sintió que podían apoyarse entre sí más que depender únicamente de la madre para hacer todo. Cuando escuché que ellos tenían la fuerza para ayudar a su hija trabajando juntos, *se derritieron mis defensas de hielo frente al dolor*. Las lágrimas salieron de mis ojos.

Pero ahora me pregunto y pregunto: ¿Se permite que los terapeutas lloren? ¿Podemos llorar con nuestros pacientes o fuera de las sesiones por nuestros pacientes? ¿Nos permitimos a nosotros mismos pensar acerca de nuestro llanto en relación con las observaciones de bebés y con el trabajo clínico con nuestros pacientes o supervisores?

Ciertamente, para ayudar a nuestros pacientes necesitamos comprender nuestro silencio para llorar nuestras propias pérdidas, para comprender nuestros llantos en *momentos hermosos de celebración*. De otra forma tenemos una cualidad interna congelada que no reverbera cuando se derriten nuestros pacientes congelados; lágrimas sin llorar, dolor no expresado, despertar de sus lágrimas no lloradas. Nosotros tampoco resonaremos con el llanto de nuestros pacientes si no estamos en contacto con nuestras emociones intensas, nuestras lágrimas de tristeza y celebración. Algunas veces sentimos que deberíamos llorar en un momento particular y no lo hacemos. Algunas veces nuestro llanto es demasiado doloroso y simplemente lo cubre una cápsula autista (Klein, 1980). Los invito a acompañarme para comentar sobre “nuevas lágrimas, viejas lágrimas y ausencia de lágrimas”. Hagámoslo para promover una comprensión más profunda del llanto del bebé, del paciente o del psicoterapeuta.

Nuevas lágrimas, ausencia de lágrimas y viejas lágrimas

Nuevas lágrimas

Un bebé nace con una preconcepción de la madre que lo sostiene, lo protege y lo alimenta. Llorar y las lágrimas son parte del repertorio determinado genéticamente para su sobrevivencia. Llanto y lágrimas invitan a que la madre lo ayude. Llanto y lágrimas también están presentes para llorar la ausencia de la madre. Algunas veces el llanto está presente al inicio de la terapia, cuando el paciente es joven o tiene una regresión o se separa de los padres. Particularmente los pacientes hospitalizados, los regresivos, los que no se mueven, los que no comen, los jóvenes de nueve a 14 años de edad que son rechazados de manera

generalizada; estos pacientes que veo en terapia se pasan semanas llorando antes de comenzar a hablar. Están traumatizados por su enfermedad y también por permanecer en un lugar extraño, lejos de casa. Más adelante, en la terapia se experimentan nuevas lágrimas cuando el paciente se siente conectado con el terapeuta y lo suficientemente seguro para experimentar dolor y pérdida. Cuando la terapia termina, el llanto puede volverse parte del proceso de duelo. El llanto significa que se ha establecido un buen padre interno que *contiene* promoviendo la fortaleza para tener sentimientos y reflexionar sobre su significado. El llanto del niño puede ser una expresión de gratitud por el aumento de la fortaleza interna que se ha desarrollado en la terapia. Llorar también puede expresar la tristeza de perder el apoyo externo del terapeuta. También puede expresar miedo a la experiencia desconocida de estar sin el terapeuta en el próximo viaje por la vida.

Durante nuestra experiencia de observación de bebés llegamos a convencernos del valor terapéutico del observador que no habla mucho, sino simplemente registra con sentimiento el significado de los movimientos y los llantos del niño y el dolor oculto de la madre. Por medio de la empatía de la madre, de una profunda resonancia no verbalizada y de una comprensión de la vida emocional de la familia, a lo largo del tiempo se da una transformación del inconsciente del niño y de la forma en la que la madre está con el bebé. La observación del infante ofrece un *tiempo especial* en el que la *intonía empática* del observador y las *interpretaciones silenciosas* hacen posible una transformación en los temas del juego del niño. Un ejemplo se encuentra en *El nacimiento del hermanito, las ansiedades que se generan y la función de la observadora* (véase cap. 9 de este libro), en el que vemos los cambios de una niña pequeña, de sus sentimientos de enojo durante el juego: "Todo el espacio ha sido tomado por 'esa cosa', refiriéndose al nuevo bebé". En una escena posterior de sus secuencias de juego, a ella se le atiende después que al bebé, y ella se pregunta en su juego y está diciendo "yo tengo también algunas heridas".

Es importante terapéuticamente usar el método de observación de Esther Bick para *estar completamente presente en el momento* en que resuena emocionalmente el llanto del paciente. Debo dejar al paciente suficiente tiempo y espacio para sus comunicaciones fisiológicas y psicológicas por medio del llanto.

Cuando alguien está escribiendo la observación de un infante, necesita ayuda y espacio para elucidar y ponderar el reporte de la

observación: "el bebé lloró". Todavía puedo escuchar las palabras de Esther Bick: "Sí, el bebé lloró, pero *¿cómo* lloró? Dinos, muéstranos". Al releer mis observaciones del bebé Eric, veo mis breves descripciones. Comencé la primera observación a los 12 días diciendo:

Bebé Eric: 12 días

El bebé está sentado en el regazo de la madre [...] El bebé comenzó un llanto ahogado [...] El bebé reanuda un llanto ligero.

En el seminario, los demás no podían ver al bebé y solo se transmitía su estado mental a partir de esta condensada descripción: "Comenzó un llanto ahogado". El seminario necesitaba comprender qué era eso que el bebé estaba sintiendo cuando lloraba. Por esta razón, en el primer seminario de observación, la señora Bick se tomó tiempo para ilustrar el llanto del bebé, mostrando formas en las que el bebé coloca los dedos de las manos, el movimiento de las manos, los brazos, las piernas, sus expresiones faciales, la velocidad de los movimientos de brazos y piernas que acompañan al llanto (Magagna, 2002). Gracias a la ayuda del seminario que enfatizaba todos los aspectos del llanto del bebé, cuando el bebé tenía 18 días de nacido, yo podía escribir con más detalle su llanto:

Bebé Eric: 18 días

Cuando la madre deja el cuarto, el ligero llanto del bebé gradualmente se convierte en gritos desgarradores. Ahora está en constante movimiento agitando cada pierna. El cuello se arquea hacia atrás. Sus gritos se vuelven más y más fuertes. Comienza a patear y azotar los brazos.

Ahora el seminario puede apreciar un poco mejor el estado mental del bebé, pero "agitando cada pierna" todavía no habla realmente acerca de la calidad del movimiento, el movimiento forzado de las extremidades. El bebé no puede verse completamente a partir de la descripción y, por consiguiente, tampoco se puede comprender del todo su estado mental. Un tono muscular rígido y arquearse hacia atrás no solo muestran que el bebé *grita* para llamar a su madre. Él no confía todavía por completo en que ella esté ahí para él, y por esta razón usa también la identificación adhesiva para sostenerse a sí mismo. El cambio del estado mental

del bebé se refleja en su pataleo fuerte y el movimiento agitado de los brazos. No puedo aceptar la creencia de que el bebé no siente dolor, porque aquí comenzamos a experimentar un sentido real de la desesperación del bebé y del terror de que se lo deje solo. Mediante el llanto, trata de evacuar esa espantosa experiencia que parece impensable, pero evacuar no implica que no haya dolor: el dolor es tan terrible que debe evacuarse. Conforme soy capaz de desarrollar emocionalmente el ser “una persona ciega que puede ver, pero que no ve” (Saramago, 1997), soy capaz de profundizar en las dolorosas descripciones del llanto del bebé:

Bebé Eric: seis semanas

La madre saca al bebé de la tina de baño, él comienza a gritar nuevamente. Su cara se enrojece; pateo con relampagueantes movimientos rápidos y su labio inferior tiembla. Continúa con los movimientos de la cabeza empujándola hacia atrás [...] está llorando fuertemente. Su llanto disminuye ligeramente en intensidad cuando la madre le masajea la parte posterior de su cabeza y lo sostiene cerca de su pecho.

Se pueden dar cuenta de que al pedir una descripción más detallada del llanto, la directora y los miembros del seminario pueden apoyar al observador para que sea un mejor observador. El bebé está todavía aterrorizado ante la sensación de “desintegrarse”. Su labio tiembla con el miedo a lo desconocido. Comienza a confiar en su madre conforme muestra que la intensidad de su llanto disminuye cuando ella le acaricia la cabeza. El llanto del bebé llega a ser más “pensable”. Esto es, “un llanto que llega a tener un sentido como resultado de la interacción de la madre con el bebé y la satisfacción de las necesidades del bebé, y el bebé con un sentimiento de que hay una madre que puede responder a sus necesidades” (Negri y Harris, 2007: 7).

Dedicar tiempo a describir el estado mental del bebé cuando llora permite un espacio emocional en el seminario para resonar con el llanto del bebé, comprendiendo cómo la madre se sincroniza con su llanto y le da significado; describir el estado mental del bebé después de que la madre o el padre responde a su llanto permite al observador ir más profundamente a sus propias resonancias inconscientes. Esto lo ayuda

a desarrollar una *comprensión compasiva* del bebé y de la vida psicológica de los miembros de la familia. La *ceguera* a las experiencias infantiles del observador se puede mitigar como procesos inconscientes a los que se les da libertad de resonar con la percepción consciente de los padres y del observador de la interacción del bebé con la familia. Tanto los miembros de la familia, como los miembros del seminario pueden sentirse transformados, aunque primero sea necesario que, tanto el líder como los miembros del seminario creen un ambiente psicoanalítico donde los participantes encuentren de manera profunda y no crítica en los corazones de los miembros de la familia —el amor, el odio y las lágrimas del bebé— y de ellos mismos (Magagna *et al.*, 2005; 2008).

En este momento recuerdo las palabras de Martha Harris:

La madre, que desea ser una mamá perfecta para el hijo evitándole cualquier dolor, en cierto modo no es adulta. Todavía es la nenita que siente que las mamás deberían darle todo a sus hijitos. Esta no es una visión adulta del mundo —sentir que hay o debería haber una mamá ideal que hace que todo sea fácil y sin dolor. Esto simplemente no es real (Harris y Negri, 2007: 83).

Lo que ahora entendemos de los investigadores (Sunderland, 2006) es que el llanto usualmente aumenta cuando el bebé tiene entre tres y seis semanas de nacido, cuando confía en que hay un padre que recibe su llanto y sus necesidades, y quiere la presencia de la madre o del padre. Con el tiempo, generalmente alrededor de tres o cuatro semanas, el bebé ha desarrollado un sentido creciente de una madre de la cual depende, y por esta razón es capaz de confortarse a sí mismo cuando lo deja solo. Aquí hay un ejemplo:

Bebé Eric: cuatro meses

El bebé sujeta la sábana con la mano derecha. Usa las dos manos para llevárselas a la cara. Mete en la boca sus ociosos dedos de la mano derecha y los cubre con la mano izquierda, y entonces se tapa la nariz. Sus dedos están extendidos de manera relajada. Mueve lentamente su mano hacia abajo junto con su cara, hasta que su mano descansa sobre la otra mano. Entonces quita ambas manos de la boca y repite la secuencia de la actividad.

Aquí el bebé se asegura a sí mismo de que mami se va y luego regresa. Está ligado íntimamente a ella conforme él pone una mano sobre la otra. Estos movimientos, en los que repetidamente remueve y de nuevo pone las dos manos ahuecadas sobre su cara y el pulgar en la boca, recrean la experiencia del amamantamiento con el pecho.

El bebé evoca la presencia del pecho-madre, el comienzo de un símbolo para la madre, perdiendo el pecho-madre y regresando el pecho-madre. Un objeto bueno, que ha estado perdido y retenido internamente a partir de esta experiencia. Mantener el objeto bueno en la mente permite un tipo de llanto cualitativamente distinto para la ausencia de la madre. Las manos ahuecadas que el bebé pone sobre su cara son el inicio de la creación de un espacio; luego se puede formar el lenguaje que ocupa el lugar del llanto. El lenguaje, en vez del llanto, estará disponible para el bebé para pedirle que regrese.

En este período preverbal (Sunderland, 2006), el llanto frecuentemente significa *no*. “No, no quiero que me bajes; me da pánico. No, no quiero que me pongas en el regazo de un desconocido: me tranquilizo en tus brazos”. Es importante darse cuenta de que a veces un paciente expresa un *no* persecutorio u hostil mediante el llanto porque siente miedo de hablarlo directamente con el terapeuta.

Hacia los nueve meses, el bebé Eric ha desarrollado la capacidad de protestar por medio del llanto. Pronto encuentra que puede decir “da” como la voz de su papá, y “aah” en un tono alto, imitando el tono de mamá. Utiliza también las manos para reemplazar algunos de sus llantos de protesta:

Bebé Eric: nueve meses tres semanas

Mientras que la mamá está desvistiendo al bebé, él llora y empuja la mano de mamá para alejarla. La patear también con las piernas. Entonces, mientras mamá y papá hablan, el bebé comienza a decir “dadadada” mientras pega repetidamente con las piernas y las manos. Él está diciendo “daa, daa” en una chillona voz masculina muy fuerte, como si tratara de ser *el hombre*. Está diciendo también “aah” en un tono alto femenino.

Es obvio que junto con su llanto como señal para sus padres, el bebé Eric tiene un repertorio de formas más desarrolladas y avanzadas para comunicar lo que no le gusta, su agresión a la pareja parental para

expresarle su deseo de ser parte de ella. Está comenzando a hacer los sonidos de los padres. Este es el inicio del lenguaje. Se ha movido del llanto para llegar a conectarse con los sonidos de los padres porque la respuesta de ellos lo ha alentado para continuar desarrollando sus competencias comunicativas.

Llanto prolongado

Algunos bebés se la pasan todo el tiempo llorando. Algunos pacientes también utilizan el llanto por seguridad. Ellos se sostienen adhesivamente en el llanto como *un objeto doloroso y fuerte*, creando una experiencia continua que no cesa. “Cuando estoy llorando, tengo miedo de dejar ir mi llanto, dejar ir el dolor. Entonces solo quedará vacío”, dice mi paciente depresiva anoréxica de 16 años de edad. No ha internalizado aún un objeto bueno que la contenga; solo tiene este *llanto doloroso* del que se cuelga. Parece casi *adicta al llanto* para sostenerse ella misma en una forma adhesiva (Bick, 1968).

El llanto prolongado es inmensamente temido por los padres. Muchos libros sobre bebés no ayudan a los padres porque fracasan al tratar las diferencias en el desarrollo del bebé. Aunque presumen *un método* de cuidado del bebé que llora, es claro que se necesita diferenciar los distintos estadios. Hay una fase en que el bebé está llorando sin una mamá buena establecida internamente de manera segura y necesita por completo un padre que responda. Esto es diferente de las veces en que el bebé quiere *poseer* a la madre, pero tal vez no está desesperado al protestar cuando se queda sin ella. Siempre es importante recordar que cuando se deja al bebé en un cuarto solo llorando de manera prolongada, sucede lo siguiente (Sunderland, 2006: 38):

1. Altos niveles de hormonas del estrés invaden el cerebro.
2. Hay un retiro de los opiáceos que producen sentimientos de bienestar en el cerebro (Raine, 1998).
3. Los sistemas de respuesta al estrés del cerebro y del cuerpo pueden llegar a hacerse más sensibles.
4. Los circuitos del dolor del cerebro se activan, justamente como si el bebé estuviera siendo lastimado físicamente (Gick y Bore, 1990).
5. Cuando la madre no responde al llanto prolongado del bebé, él siente que la madre buena interna se daña.

Algunos métodos actuales del cuidado del niño y prácticas de enfermería recomiendan dejar llorar al bebé hasta que esté completamente exhausto o se quede dormido. El riesgo de recurrir a estos métodos es que el bebé entra en un estado de desesperanza porque se da cuenta de que mamá o papá no van a aliviar su incomodidad. A partir de la investigación neurofisiológica, es claro que muchos períodos de llanto prolongado pueden desarrollar un sistema de respuesta al estrés hipersensible, que puede afectar al bebé a lo largo de su vida. El llanto prolongado sin una respuesta del cuidador puede dejar al niño con una sensación de amenaza y ansiedad, con un tipo de supervigilancia en años posteriores, aun cuando el niño esté perfectamente seguro.

Por otro lado, Bion señala que la *contención* del llanto del bebé permite transformar el llanto en pensamientos susceptibles de ser pensados sobre su experiencia emocional. De manera semejante, en el plano fisiológico, si los padres consistentemente toleran la carga emocional del llanto angustiante del bebé, lo toman en serio y lo confortan, entonces se puede establecer en el cerebro neurofisiológico un sistema de respuesta al estrés altamente efectivo. Estos sistemas de respuesta al estrés permitirán al niño lidiar bien con el estrés en su vida posterior (Helm *et al.*, 2007).

¿Por qué los padres dejan al bebé llorar por períodos tan prolongados? El poema de Michael Leunig (1990) nos ofrece una pista:

Cuando llevaba a su hijo en brazos debía llevar su alma en brazos.
Cuando su hijo nació debía dar vida y forma a su propia verdad suprema. Cuando alimentaba y protegía a su hijo, debía alimentar y proteger su vida interior y su independencia. Para su alma debía ser el parto más doloroso, su hijo más difícil, la hermana más querida de sus otros hijos.

Leunig evoca qué tan esencial es para la madre dar a luz a su propio niño interior, qué tan importante es encontrar el espacio para conocer la verdad de la experiencia emocional de uno mismo. Esto implica la necesidad de formarse una fotografía de cómo uno siente dentro y encuentra el alimento en la forma de apoyo emocional y reflexión y protección por nuestro propio niño interno. Y es válido no solo para la madre, sino para el padre.

Fraiberg y colaboradores (1975) apoyan este punto de vista en su trabajo *Los fantasmas en el cunero*. Ella señala que los padres pueden

tener la determinación de querer para el niño algo mejor de lo que ellos tuvieron; sin embargo, una determinación consciente parece caer rápidamente de lo que es requerido. Fraiberg pregunta: “¿Cómo saber si la crianza de los hijos traerá dolor y lesiones o llegará a ser un tiempo de renovación?”. La respuesta a esta pregunta debe recaer en las defensas que los padres usan para lidiar con un pasado difícil, pero también en su capacidad para sentir profundamente y reconocer la verdad de sus experiencias. La negación de los sentimientos que han acompañado experiencias dolorosas es una defensa común. Los padres que utilizan estas defensas posiblemente sean incapaces de soportar la necesidad de infligir su dolor a sus propios hijos dejándolos llorar por períodos prolongados.

Este es un ejemplo de un niño abandonado:

Johnny: seis meses

Johnny ha estado con una mamá deprimida que ha decidido no llevarlo en brazos demasiado porque podría “maleducarlo”. Hacia los seis meses él se entretenía con el sonido de la lavadora, con su movimiento y con su sonaja. Evitaba el contacto a los ojos y lloraba cuando su mamá lo cargaba. Johnny experimentaba “los ojos muertos” de su madre. Lloraba porque ser cargado en brazos lo perturbaba. Lloraba cuando lo cargaban en brazos por algo que todavía le asusta: “¿Ahora qué es lo que me pasa?”.

Ausencia de lágrimas: un bebé

Rosenfeld (1987) describe la impotencia del feto en la presencia de la presión osmótica que emana de los estados mentales de la madre. Piontelli (1992) sugiere que hay formaciones defensivas y patológicas que se pueden originar durante la vida prenatal (Maiello, 1995). Algunas veces, trabajando en una agencia de adopción y cuidado temporal, veo algún niño cuya madre está en un hospital psiquiátrico o cuyo padre es un alcohólico no confiable o que simplemente ha sido maltratador. Aunque el niño pudo haber tenido la vida más difícil, el llanto parece no ser posible. No hay lágrimas, solo un llanto dolorosamente ahogado, porque el llanto podría ser una experiencia aterradora. “Si yo lloro, nunca voy a parar, sería demasiado aterrador”, dice un niño. “Yo nunca lloro, odio llorar”, dice otra persona joven. ¿Qué es lo que le

permite a un niño llorar, tener la experiencia de sentir completamente el dolor y el duelo?, y ¿qué es lo que evita que un niño llore, experimente el dolor y el duelo?

Para contestar estas dos preguntas, he traído el ejemplo de la observación de una bebé de cinco meses, Ana, con su hermano de dos años, James:

Ana está sentada en el regazo de su madre bebiendo de su biberón. James se acerca con el chupete de Ana. La madre le dice al niño que ahora ella está comiendo y que no quiere el chupete. Ignorando a la madre, James mete el chupete en la boca de Ana. La mamá le dice que no lo haga, pero no lo detiene físicamente. Él continúa empujando el chupete hasta que le saca el biberón de la boca a Ana. Ella gime y luego llora.

La madre retira el chupón y James llora. La madre levanta a Ana, la acomoda sobre su hombro y le da palmadas en la espalda. Ana eructa fuertemente. James comienza con lamentos. La madre sienta a Ana en su regazo, poniendo la espalda de Ana contra el estómago de la madre.

Ana mira estupefacta, con los ojos vidriosos y perdidos sin enfocarse en nada en particular. Sus puños están fuertemente apretados y el resto de su cuerpo está flácido. James se trepa al regazo de su madre y está llorando. Ana no se mueve. James se baja y va hacia el otro cuarto.

Ana continúa con la mirada perdida en el espacio sin moverse. La madre pone el biberón en la boca de Ana, pero me doy cuenta de que no succiona porque no hay gotas de leche que escurran de su boca. La madre le limpia la boca y baja el biberón. Ana se mece a sí misma, en un ritmo como autista, y luego se reclina hacia atrás contra el cuerpo de la madre, sus ojos todavía están en blanco. (Cooper, 2005)

Aquí se ilustra la agresión de James al empujar el chupete en la boca de Ana, echando a perder un buen momento de Ana con su mamá. No es solo en períodos de separación de la madre cuando un bebé puede experimentar pérdida y duelo. El desamparo del bebé significa que depende de la madre para protegerlo. Sin la presencia psicológica y física de la madre para proteger a la bebé inmediatamente ante la intrusión

del hermano, Ana experimenta la pérdida de la madre protectora. Experimenta dolor en relación con la madre, que está *presente y al mismo tiempo ausente* para satisfacer las necesidades de seguridad de su bebé. *Ana no tiene lágrimas.*

Para enfrentar el dolor psíquico por la intrusión de su hermano y la ausencia de la función protectora de la madre, Ana atacó su propia reflexión sobre lo que estaba sucediendo. Esto es lo que describe Bion como *menos K*. Atacar el pensamiento implica una acción de pérdida de un deseo de conocer el mundo, de mostrarse curioso acerca del mundo, un ataque al saber lo que uno siente. Este es el camino para muchas dificultades en la comprensión en la escuela y en el aprendizaje. El deseo de conocer el mundo, de ser curioso, se pierde en este momento. Los ojos de Ana perdieron el significado presente en sí misma y en la situación familiar de tener un hermano agresivo, del cual la madre no la protegió. Su cuerpo quedó inerte e inmóvil. La rigidez de Ana sugirió que ella se había metido en su mundo psíquico interior, lejos del inseguro mundo externo.

Ana no abrió la boca para recibir el chupete, no succionó, se mecía a sí misma. La única forma de aguantar sus experiencias parecía ser perder conciencia de ellas. Las emociones y los llantos por angustia y protesta de Ana se congelaban porque no había una mamá que la protegiera. *Tú necesitas sentirte conectada a una madre buena para llorar y mostrar dolor.*

La ausencia del llanto de angustia de Ana crea un círculo difícil de interacciones. Porque ella no llora; Ana no obtuvo la contención de la madre de su desintegración psíquica. Entonces se sintió doblemente privada de su madre. Si hay muchos incidentes repetidos de este tipo en la familia, el riesgo es que este ataque al pensamiento, esta disociación, conduzca hacia una pauta de preocupación de protecciones primitivas autistas contra el dolor. Esto puede incluir:

1. Expresión vidriosa
2. Falta de control sobre un objeto con los ojos
3. Inadvertencia
4. Flacidez corporal

Si todavía hay un poco de ego en contacto con los aspectos emocionales de una situación que se experimenta como adversa, el bebé usará la

identificación adhesiva para mantener juntos la psique y el cuerpo. El uso de la identificación adhesiva que describió Esther Bick (1968) puede comprender una de las siguientes acciones:

1. Rigidez muscular
2. Cerrar la boca
3. Tensar la musculatura interna, conduciendo a la constipación o la colitis

El uso repetido de mecanismos protectores primitivos conduce a un casi impenetrable encapsulamiento quístico de lágrimas escondidos de dolor. Frecuentemente ni la madre ni el terapeuta ni uno mismo será capaz de notar estas lágrimas escondidas de dolor que se entierran dentro de la madre, del terapeuta, pero también dentro de la paciente. Los momentos frecuentes de ausencia de lágrimas en la infancia temprana pueden esconderse debajo del desarrollo posterior, cuando el niño camine, cuando utilice el lenguaje para facilitar mayor sintonía con el cuidador principal. Las lágrimas escondidas pueden salir a la superficie en períodos críticos del desarrollo, durante cambios en la vida, e impedir el desarrollo psicológico. Por ejemplo, las lágrimas escondidas pueden bloquear el ingreso a la guardería, influir en las relaciones con los compañeros cuando se va a la secundaria, en la estabilidad interna cuando se vive en casa, en la capacidad de dar cuidado materno al bebé.

Este es un ejemplo de ausencia de lágrimas presente en la vida de un niño, tomado de una observación natural de un niño con su familia en casa.

Ana: un mes

Veo a Ana de un mes de vida, se ve radiante en los ojos de la madre. Cargada en los brazos de su madre, ella se siente entusiasmada conforme siente la belleza de ser recibida dentro de la mirada de la madre, que está encantada de haber dado a luz a una bebé sana tan receptiva a su amor.

Conforme las semanas pasan, veo a Ana que llora cuando su mamá deja el cuarto. Cuando escucha el sonido de los pasos de su madre al caminar por el corredor, Ana deja de llorar. Cuando, a los ocho meses, Ana comienza a gatear, sigue a su madre desde la sala hasta la cocina. Ana mira intencionalmente a su madre hablar con

su padre haciendo el té y luego la madre se sienta a la mesa para atender a su hermano James con un rompecabezas.

Cuando la madre no cuida atentamente a sus hijos, James, el hermano de 18 meses, le pega a Ana. Pero Ana ya no llora cuando esto ocurre. En cambio ella deja de respirar, permanece inmóvil y con hipo.

Para la madre es difícil darle a Ana lo que necesita. Está preocupada por producir los celos de James. Ana frecuentemente se queda sola mientras la madre lee historias y juega con James.

Un día Ana se echó el cereal en la cabeza y se bajó de la mesa. Luego se puso de pie y siguió a su madre, porque se dio cuenta de que siempre estaba jugando con James. Entonces, Ana se fue hacia su sábana azul, que contiene todos los olores adorables de ella misma y su madre cuando están juntas. Frecuentemente la dejaban sola hasta poco antes del año para que "leyera" sus propios cuentos.

Puedo imaginar que muchos de los jóvenes anoréxicos que veo han tenido una experiencia similar con sus hermanos y su madre. Al paso del tiempo, una de estas pacientes anoréxicas, Katy, comenzó a desarrollar una relación diferente con su madre. Al año, ella era perfectamente capaz de jugar sola. Se la describía como una "buena bebé" que rara vez lloraba. Hacia los 17 meses, Katy había desarrollado un amplio rango de palabras y un interés por los pequeños cuentos y algunos juguetes. A los dos años, Katy era capaz de decir oraciones.

El aspecto intelectual de Katy se desarrolló de manera impresionante. Era de las primeras en su salón de clases. En su mente tenía la idea de que debía ser de las primeras en su clase, si no, consideraba que había fracasado.

Se sentía obligada a hacer perfectamente cada oración de su tarea, con una ortografía perfecta, si no, fracasaba nuevamente. En la Gran Bretaña hay una forma obsesiva en la cual el proyecto escolar tiene que hacerse una y otra vez hasta que se vea hermoso y perfecto. Katy era muy trabajadora, continuamente necesitaba el reconocimiento y estrellas A. Por medio de sus estrellas A, ella esperaba ganar el amor de sus padres y maestros o de los representantes de ellos.

Posteriormente, noté que Katy había disociado parte de su yo. Esta parte de su yo estaba en un estado psicológico distinto del

que ella misma estaba logrando. No había madurado. Era todavía como un bebé de 10 meses, como Ana. Este yo estaba ferozmente protegido por el pensamiento omnipotente, “puedo cuidarme a mí misma”, una estructura protectora pseudomadura.

De acuerdo con Sidney Klein (1980), quien escribió un artículo llamado *El fenómeno autista en los pacientes neuróticos*, las lágrimas escondidas de dolor encapsuladas conducen a ciertos fenómenos en la terapia. Klein señala que inicialmente hay una falta de contacto emocional con el terapeuta y puede haber sueños de paredes en las ciudades, crustáceos, erizos, edificios de piedra. “Yo soy una nuez difícil de romper”, decía una paciente. Hay una incapacidad para aceptar las interpretaciones y lidiar con el problema. La paciente puede hablar acerca del significado de las cosas, pero nada va hacia el encapsulamiento de las lágrimas de dolor escondidas. Cuando el terapeuta hace un contacto emocional con estas lágrimas ocultas, la paciente se siente perseguida, temerosa de ser vulnerable a los sentimientos dolorosos.

La personalidad se sostiene en su centro con mecanismos de identificación adhesiva y no tiene una estructura psíquica interna adecuada. Cuando se forma una liga dependiente con el terapeuta, la paciente siente temores catastróficos de morir o de caer en pedazos. Las lágrimas contenidas del bebé vulnerable y necesitado se revelan solas. Cuando se formó una buena liga con el terapeuta, la paciente reclamó: “Siento que estoy en un espacio negro gritando ayuda”.

En este punto, el paciente tiende a colgarse del terapeuta para salvar la vida y puede ser considerable el efecto de sus sentimientos aterradores. Más importante aún, el uso prematuro del lenguaje puede ser una defensa contra algunos sentimientos que no tienen palabras todavía, pero que son expresados mediante expresiones faciales, actuaciones y síntomas somáticos.

En este momento es crucial que el terapeuta empáticamente sienta el temor del paciente antes de que llegue al lenguaje, de otra manera el paciente se sentirá perturbado.

Viejas lágrimas

En la población más común, el origen de las viejas lágrimas se encuentra en una serie de incidentes como el anterior. Trabajando como terapeuta de niños, adultos y familias me he vuelto consciente de cómo

la experiencia de pérdida a los 15, 30, 40, continuamente evoca las experiencias de pérdida de la infancia. De manera semejante, la experiencia de pérdida, de duelo de la madre, las lágrimas no lloradas se despiertan por el llanto del bebé acerca de la pérdida o acerca de la presencia de un objeto tonto que no puede saber o lleva la peor parte del verdadero dolor psíquico del bebé. Cuando el observador de infantes o el terapeuta es capaz de escuchar las lágrimas escondidas de la madre, entonces la madre es capaz de escuchar las lágrimas escondidas del bebé, protegerlo, digerir las experiencias del bebé y ayudarlo a tolerar las experiencias intolerables.

Algunas veces en el curso de la sesión psicoterapéutica estamos hablando acerca de alguien, como un maestro, un estudiante, un hermano. La cara del niño es suave, sin movimiento, y las viejas lágrimas escurren y cubren sus mejillas, cayendo sobre su camiseta. El niño no se las limpia ni busca un pañuelo, y solo a veces reciben atención.

En la terapia, ofrecer un pañuelo desechable puede ser rechazado al principio. Estas viejas lágrimas comunican silenciosamente la historia de una experiencia muy dolorosa. Tenemos que sentarnos juntos y reflexionar sobre ellas. Es una sorpresa que salgan. ¿De qué son? Lo más obvio es que el niño las haya usado para estar solo con su dolor, e indeciso acerca de si puede confiar en mí para compartir su duelo.

Algunas veces estas viejas lágrimas brotan en una hermosa boda o en medio de una película cuando alguien muere o está por morir, o cuando alguien se reencuentra con algún miembro de la familia que consideraba perdido, o cuando un significativo encuentro está comenzando. Las lágrimas solo salen. La persona que llora no comprende por qué hay tantas lágrimas en el cine pero no cuando hay situaciones difíciles en la casa. Lo que es claro es la corriente de las lágrimas que no se han reconectado todavía, y que comienzan a fluir.

El bebé prematuro y el hermano gemelo: factores que promueven las dificultades relacionadas

Con los procesos de pérdida, dolor y duelo

Angela Sowa (2002) pregunta:

¿Puede uno atreverse a decir que la sensibilidad estética es la primera experiencia del infante? ¿Qué representa el momento en el

cual se libera la mente para empezar su búsqueda, a lo largo de la vida, de la belleza y la forma, así como de otras mentes? Que la mente para sobrevivir buscará la forma en la que lo pueda hacer. ¿Puede uno afirmar que la sensibilidad estética viene a suplir lo que no podemos contener completamente o expresar de otras formas de nuestra vida en el útero, esos remanentes y reverberaciones que cada uno de nosotros lleva en donde nos dieron la primera rima, luego el sonido, eventualmente la luz y el sabor, y finalmente el olor de la primera vida estando dentro de esos brazos en los que nos colocaron?

Donald Meltzer sugiere que el bebé, compartiendo la belleza de la experiencia de ser sostenido tanto física como amorosamente por la madre, crea una experiencia estética con ella. Tener nuestro propio llanto y lágrimas sostenidas por la madre, por el terapeuta, es el comienzo de una posibilidad de una nueva vida interna, el inicio de un sostenimiento bueno, contención, experiencia amorosa, el inicio de la capacidad de mantener juntas las partes del yo, el comienzo seguro de una buena madre interna. A partir de esta internalización del sostenimiento de la madre-terapeuta de nuestro llanto, es como el llanto del niño se mueve de experiencias sensoriales a pensamientos que se vuelven pensables.

Podemos entonces preguntar: ¿Qué le sucede al bebé prematuro que pasa horas y horas solo en la incubadora, aislado, desprotegido de su madre?, ¿cómo internaliza el bebé la experiencia estética de ser sostenido física y amorosamente por una madre protectora?, ¿qué le sucede al bebé no apoyado física ni emocionalmente por la madre mientras experimenta un agudo dolor por las intrusiones médicas?

En el proceso de observación, hemos registrado momentos en que James era intrusivo con Ana. Vimos cómo, en un momento de dolor psíquico, ella perdió su conexión reflexiva con el mundo. Al inicio de la vida sin la madre solo pueden resultar *las lágrimas congeladas* por la pérdida de esta experiencia desconocida. Es comprensible cómo un nacimiento prematuro presenta un muy alto riesgo de dificultades en la vida posterior. El bebé prematuro extremadamente vulnerable enfrenta las ansiedades relacionadas con la muerte física y experiencias psicológicas de desintegración, una pérdida de la madre por días, semanas, incluso meses.

Maggie Cohen (2003) en *Enviado antes de mi tiempo* (*Sent before my Time*), cita a Charles Darwin (1877): "Un bebé entiende, hasta cierto

punto, el significado o los sentimientos de aquellos que lo atienden, por las características de su expresión". Maggie Cohen (2003) y Romana Negri (1994) opinan que la presencia del psicoterapeuta infantil que observa bebés, que trata de imaginar cómo se están sintiendo y está preparado para articular esto con los padres y el personal, puede *facilitar la contención más que negar el llanto* del bebé de crudas y dolorosas experiencias. Sin la presencia del terapeuta o de la madre, o de ambos, el riesgo es, en última instancia, que un bebé prematuro no lllore mucho. Ese infante tendrá la experiencia de *estar solo con su dolor*.

La mayoría de los gemelos nacen a las 34 semanas en vez de a las 42, el período normal de la gestación. Nuestro estudio de gemelos siameses sugiere que un gemelo puede proyectar su yo que llora en el otro y parecer bastante calmado, mientras que el otro gemelo pide cuidado para ambos. El bebé que aparentemente no llora se *pega adhesivamente* a su gemelo, entonces se vuelve terriblemente vulnerable y se siente psicológicamente en riesgo cuando se separa de su gemelo. El gemelo que no llora no ha hecho el trabajo psicológico comprendido en el llanto para pedir la presencia continente de la madre; descubre que la madre viene y se puede contar con ella cuando se está sufriendo, y en este proceso se introyecta una madre segura, buena y mentalizada. Ese fundamento psicológico es necesario para un desarrollo psicológico saludable a lo largo de toda la vida. Cuando se separó a este gemelo que no llora, estuvo más regresivo en muchas áreas de desarrollo a lo largo de su vida. Algunos años después murió: este gemelo que no lloraba, cuando estaba sufriendo, evitó que su madre lo ayudara (Magagna y Domínguez, 2008).

El vínculo entre la observación del infante y la práctica clínica

He trabajado con 15 personas jóvenes entre nueve y 14 años de edad que han sido "buenas bebés", "infantes sin problemas", "reservadas y no conflictivas" en sus relaciones durante la infancia y la adolescencia temprana. Ellas posteriormente han pasado largos períodos de llanto en algún momento en su tratamiento como pacientes internos en el hospital.

La observación del infante no solo utiliza los ojos y los oídos para observar, usa también el corazón para recibir las experiencias emocionales presentes en la interacción del bebé-familia. La técnica de la observación del infante se debe dar a las enfermeras, a los psiquiatras, a los

terapeutas del lenguaje, a los psicólogos que tratan prematuramente que los pacientes les hablen de sí mismos. Sin la ayuda de la observación del infante pueden desarrollar una impaciencia con el paciente “que solo llora”. Los pañuelos desechables llegan muy rápido. La pregunta: “¿Quiere decirme usted lo que está pensando?”, se lleva a la conciencia con mucha facilidad. Sin embargo, tal vez lo que se necesite decir no sea con palabras. Podría ser más importante expresar aquellas experiencias infantiles de la fase preverbal de la vida, de la fase de la vida en que el niño no tenía la suficiente confianza para llorar, de la etapa de la vida en que el bebé se sentía impotente para comunicarse con su madre, que no era azúcar, un muñeco, la botella, ser cargado, un juguete lo que quería, sino justamente era una mami emocionalmente presente mente-a-mente, corazón-a-corazón para recibir al bebé. Cuando el antiguo “bebé bueno” está ahora presente como un *paciente que llora* en la unidad de pacientes internos, el estar emocionalmente presente para recibir la música del paciente que llora, para soportar los gritos de los pacientes que lloran *sin la comprensión*, sin saber, con curiosidad receptiva acerca del estado de la mente del paciente, es una de mis tareas más importantes.

Las sensaciones corporales del terapeuta, que utiliza empáticamente en la relación transferencia-contratransferencia, son necesarias para lograr una transformación duradera dentro del paciente (Schore, 2002). Dosamantes (1992: 362) dice que más que las verbalizaciones clínicas es la actividad no verbal, la contención física del terapeuta de la experiencia desautorizada del paciente, la que necesita un procesamiento verbal. Estas espontáneas presintonías emocionales constituyen una conversación entre los sistemas límbicos terapeuta-paciente. Este es un sistema de comunicación biológicamente constituido, el cual literalmente es una unidad biológica (Buck, 1994: 266). Esto es lo que crea el ambiente continente seguro (Hadiks, 1994).

Llorar y algunas veces pensar

Permítanme compartirles mi trabajo con una paciente actual de 15 años:

Liliana ha permanecido en casa fuera de la escuela durante tres años con varios problemas físicos sin diagnóstico. Gradualmente dejó de caminar, hablar y comer y estuvo en un hospital pediátrico

durante varios meses antes de que la trajeran al departamento de psiquiatría infantil del hospital. Su cuello estaba rígidamente volteado, de tal forma que su barbilla estaba apoyada en su hombro derecho. Escondía la cara tras sus manos la mayor parte del tiempo durante el día, aunque ocasionalmente se asomaba a través de los dedos de las manos. Cuando Liliana viene a la sesión, llora de varias maneras mientras hablo con ella.

Yo no quiero que ella comience a hablar conmigo. En cambio, espero que ella empiece a pensar junto conmigo cuando esté lista para hacerlo. Describo tal como siento comprender su experiencia.

Cuando Liliana sienta el deseo de hablar conmigo, lo hará. Digo: “Cada uno requiere un tiempo y espacio particulares para estar con un terapeuta. Es decisión de una persona joven hablar, escuchar, pensar conmigo cuando encuentre la voluntad dentro de ella para hacerlo. Ella debería sentir el deseo de ayudarme a comprender su experiencia, lo que estoy tratando de hacer”.

Hablo con Liliana acerca de cómo protege sus ojos de ver y ser vista como si tuviera miedo de mí, de mi mirada en ella. Describo su cuello rígido, que mantiene su cara alejada de mí y de otros, como si hubiéramos sido *demasiado intrusivos* y ella tuviera que alejarse. Ella usó su músculo duro para sentirse segura, para sentir seguro su cuerpo. Me pregunto sobre los momentos de seguridad y sobre los momentos sin seguridad. Entonces, Liliana empieza a llorar más. Yo digo: “Te sientes segura con mamá”. Ella mueve la cabeza afirmativamente. Agregó: “tú todavía no te sientes segura conmigo”. Yo siento un poco de pesadez; siento que ella está experimentando otros momentos de inseguridad. Digo: “estos momentos en que estás conmigo son difíciles”. Hay momentos en los que canto junto con su lloriqueo inventando una canción de cuna y alterno mi canción con pensamientos acerca de cómo es tan importante comprender su infelicidad. Hablo nuevamente de cómo es que ella se siente tan sola, de cómo solamente quisiera irse a casa con su mamá. Gradualmente entendí que su hermano mayor la intimidaba, le pegaba, le gritaba, le decía que era fea, que era “una idiota”.

Liliana llora cuando se siente “pobre de mí”. Ella dice que no quiere criticar a nadie, pero no piensa que algo esté cambiando para mejorar. Lloro más profundamente y hablo acerca de la desesperación que siente tan presente en su interior. Gradualmente,

a lo largo de muchos meses, se establece una relación conmigo en la cual puede conseguir más de sí misma. Luego llora con un profundo sentido de soledad. Reconoce que su rabia estaba escondida en su llanto. Entonces tiene el valor de describir su posesividad y competitividad con los otros pacientes internos a quienes veo para la terapia (Magagna, 2007).

Hay muchos aspectos del llanto de Liliana por semanas. Ellos incluyen lo siguiente:

Está llorando y se derrumba para evacuar la emoción. Yo puedo recibir esto.

Está llorando porque perdió a su madre y su padre y permanece en una unidad de pacientes internos sin ellos. Yo puedo recibir esto.

Llora porque odia haber sido dejada por la madre y el padre en la unidad de pacientes internos. Yo me convierto en la representante persecutoria de un objeto malo y terrorífico e internamente ella se sostiene en su musculatura rígida que ha volteado su cuello; siento que yo soy un gran lobo malo que ella siente que ha llegado a atacarla.

Ella llora de manera prolongada, exagerada y melancólica por el coraje con mamá por no protegerla del hermano. Liliana, como muchas otras niñas anoréxicas hospitalizadas que se rehúsan persistentemente a comer, llora porque está en sintonía con la fragilidad y la hostilidad de mamá. Es posible que la madre explote de manera mordaz si Liliana se atreve a expresarle directamente su hostilidad hacia ella. Liliana teme lo mismo de mí.

Ella llora mientras esconde la persecución, el enojo y el odio que teme. Este llanto parece un recurso que Liliana utiliza hasta mucho después en la terapia.

Lo que comenzó como un proceso ordinario del llanto, el dolor por la pérdida de la madre, llegó a atascarse. Liliana nunca había establecido realmente una madre buena interna. Ahora está colmada de desesperación. Victoria Hamilton (1986) describe el proceso de llanto: identificación con la persona perdida, lo doloroso del anhelo, el sentimiento de culpa, gritos de dolor, peticiones de ayuda, ansiedad, enojo y odio. Estos procesos ordinarios de duelo llegaron a pesar en Liliana por la desesperación. Como parte de una relación cíclica con el virtual llanto que no para, se desarrolla en Liliana una desorganización psicobiológica de sus respuestas.

Hablar sobre el llanto

En contraste con Liliana, otra paciente, Marion, está muy bien articulada, locuaz, de 34 años de edad. Pensar en ella me recuerda el poema de Alfred Tennyson (1974), *In Memoriam*:

*Algunas veces sostengo la mitad del pecado.
Ah, pero en palabras el dolor que siento:
Pero las palabras, como la Naturaleza, la mitad revelan
Y la mitad se oculta dentro del Alma ...
Un uso del lenguaje medido;
El triste ejercicio mecánico,
Como el estúpido narcótico, adormeciendo el dolor.
Es decir, como la mala yerba, en ella me voy a envolver,
Al igual que la ropa más gruesa, para protegerse contra el frío:
Pero el dolor grande que estos envuelven
Figura en un esquema y no más.*

El siguiente es un extracto de una de las sesiones con Marion:

Marion está hablando muy rápido sobre que yo la vivo toda ella como pegada a sus palabras para sobrevivir. Siento que su hablar zumba sobre su corazón más que desde su corazón. Intento meterme en mí. ¿Qué es lo que ella está sintiendo? Estoy tratando de bajar conforme ella habla de una mujer de su trabajo con la que está teniendo dificultades. Me pregunto, ¿qué más hay?, palabras que pueden ser verdaderas o falsas. Susanna Maiello (1995) dice: "Escuchar con un 'oído musical' nos permite recibir elementos del sonido que se integran y algunas veces hasta contienen la clave para comprender el material clínico de los pacientes cuya comunicación verbal es compleja, distorsionada o disociada". Hablo a Marion acerca de su voz escapando de algo en su corazón. Marion comienza a llorar. Es el aniversario de la muerte de su hijo. Yo no había dicho nada, solo estaba explorando el sentimiento de depresión en ella. A partir de mi contacto con la profunda depresión ahora la experimento dentro de mí misma; Marion fue capaz de llegar hasta el fondo de sí misma para encontrar las lágrimas escondidas de las cuales ella estaba escapando cuando hablaba.

¿Por qué les estoy refiriendo estas viñetas? El *Ensayo sobre la ceguera*, de José Saramago (1997), me recuerda que al estar ciega a mis propias lágrimas cuando estoy con Marion, le doy la experiencia de estar ciega a sus lágrimas, más allá de sus palabras, sobre el aniversario de la muerte de su hijo, no obstante haber sido tan doloroso. Había sido engañoso descansar con el conocimiento doloroso del aniversario luctuoso del hijo de Marion, a quien había perdido cuatro años antes en un accidente automovilístico. Entonces tuvimos una discusión fructífera acerca del uso que Marion hace de las palabras para mantenerse sostenida, para cubrir sus lágrimas escondidas.

Marion entonces me reveló que cuando tenía cuatro semanas de nacida había llorado tan intensamente que su mamá la llevó al departamento de urgencias del hospital. El doctor le dio a la madre algunas tabletas para dormir y le sugirió que “fuera a casa, descansara y que dejara llorar a la bebé”. Marion dejó de llorar.

Aún más, ella agregó que me odiaba porque algunas veces, cuando había llorado durante la sesión, al final de los 50 minutos yo terminaba la sesión dejándola irse a casa y llorar y cubrir sus lágrimas con la bebida. Ella había tenido miedo de decirme esto antes, pero se había atrevido porque, en sus palabras: “Ahora tú has invitado y aceptado mis lágrimas”.

Aprendí mucho de Marion. Yo estaba ciega a sus lágrimas presentes en nuestra relación cuando le cerraba la puerta literalmente *al final* de la sesión y también literalmente *durante la sesión*. Creo que estarme moviendo rápido de una tarea a otra, de un paciente a otro en mi práctica terapéutica en el hospital, no me permite —ni me permito— ir suficientemente profundo dentro de mí misma. Cuando estoy en este estado es difícil para el paciente ir suficientemente profundo dentro de sí mismo. Honestamente, creo que puede ser que esta ceguera a mis propios sentimientos podría crear el mayor obstáculo para que el paciente se ponga en contacto con sus lágrimas, esas que nunca había podido articular. Me doy cuenta de que siempre hay trabajo que se puede hacer internamente en provecho del terapeuta, en particular cuando se trabaja en el laborioso ambiente de un hospital. Encuentro que es esencial como psicoterapeuta alejarse del ruido del departamento para desalentar las defensas institucionales necesarias por las rutinas de oficina con los colegas, para permitirse uno mismo estar abierto, para los sueños

de la noche y las emociones del día. Mi corazón es el instrumento de ajuste, pero toma tiempo y un espacio silencioso para ir profundamente dentro de mí.

Hacer un espacio para llorar y pensar juntos

La experiencia analítica requiere un espacio entre pacientes aun en las clínicas de los hospitales. La experiencia analítica requiere un silencio interno —un silencio para el significado y para la emergencia—. La experiencia analítica requiere silencio para que una perspectiva significativa se filtre profundamente en la psique. T. S. Eliot (1940), en *Cuatro cuartetos* (*Four Quartets*), nos ayuda a comprender cuando dice:

[...] Dije a mi alma: Quédate inmóvil y espera sin esperanza
 Porque la esperanza sería esperanza en lo que no debe esperarse;
 Aguarda sin amor
 Porque el amor sería amor de lo que no se debe amar.
 Sin embargo queda la fe;
 Pero la fe, el amor y la esperanza se encuentran en la espera.
 Espera sin el pensamiento ya que no estás preparada para él.
 Así las tinieblas serán la luz y la inmovilidad será la danza
 [...] Debemos estar inmóviles y sin embargo movernos
 Hacia otra intensidad
 En busca de una mayor unión, una comunión más profunda [...]

(Traducción de José Emilio Pacheco, 1989).

El silencio crea la oportunidad de alcanzar profundamente dentro de nosotros y ver y sentir las lágrimas viejas y nuestras lágrimas nuevas *sentidas por y con el paciente más allá de las palabras*.

Referencias

- Adamo, S. M. G. y Magagna, J. (2005), “Ansiedades Edípicas, el nacimiento de un nuevo bebé y el rol del observador”, en Jeanne Magagna *et al.* (eds.), *Transformaciones Íntimas. Bebés con su familia*, Londres, Karnac, pp. 90–111.
- Bick, E. (1968), “La experiencia de la piel en las relaciones primarias”, *Revista Internacional de Psico-Análisis*, núm. 49, pp. 484–486. [Reimpreso

- en A. Briggs (ed.), *Espacio se Sobrevivencia. Trabajos sobre Observación de Bebés*, Londres, Karnac, 2002, pp. 55-59].
- Buck, R. (1994), "La neuropsicología de la comunicación: aspectos espontáneos y simbólicos", *Revista de Pragmática*, núm. 22, pp. 265-278.
- Cohen, M. (2003), *Enviado antes de mi tiempo*, Londres, Karnac.
- Cooper, H. (2005), "El enlace entre hermanos", en Magagna et al. (eds.), *Transformaciones Íntimas. Bebés con sus familias*, Londres, Karnac, pp. 42-56.
- Darwin, C. (1877), en M. Cohen (2003), *Enviado antes de mi tiempo*, Londres, Karnac, pp. 285-294.
- Dosamantes, J. (1992), "La relación inter-subjetiva entre el terapeuta y el paciente: Una clave para comprender aspectos negados o denigrados del Self del paciente", *Las Artes y la Psicoterapia*, núm. 19, pp. 359-365.
- Eliot, T. S. (1940), "East coker", *Cuatro Cuartetos*, T. S. Eliot: Los poemas y las obras de teatro, Londres y Boston, Faber y Faber, pp. 177-184. [Traducción de José Emilo Pacheco: T. S. Eliot, "East coker", *Cuatro cuartetos*, México, El Colegio Nacional. Fondo de Cultura Económica, 1989, pp. 22-23, 26].
- Fraiberg, S. H., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975), "Fantasmas en la cuna: Una aproximación psicoanalítica a las relaciones deterioradas infante-madre", *Revista de la Academia Americana de Psicología del Niño*, núm. 14, pp. 387-422.
- Gick R. A. y Bore S. (Eds.), (1990). *Placer, más allá del principio del placer*. New Haven: Universidad de Yale.
- Hadiks, D. (1994), "Aspectos no verbales de la sincronía del terapeuta", *Revista de Psicología Clínica*, núm. 50, pp. 393-405.
- Hamilton, V. (1986), *Pena y duelo en "In Memoriam" de Tennyson*, Londres, Free Association, I, pp. 87-90.
- Helm, C. et al. (2007), "El rol del trauma en la infancia en la neurobiología de los trastornos del ánimo y la ansiedad: Estudios pre-clínicos y clínicos", *Psiquiatría Biológica* 15, 49 (12), pp. 1023-1039.
- Klein, S. (1980), "Fenómeno autista de los pacientes neuróticos", *Revista Internacional de Psico-Análisis*, núm. 61, pp. 395-402. [Reproducido también en J. S. Grotstein (ed.), *Estaré perturbando el universo?* Beverly Hills, CA, Caesura Press, 1981].
- Leunig, M. (1990), *Una colección de oraciones comunes*, Burwood, Vic., Collins Dove.
- Magagna, J. (2002), "Tres años de observación con la Sra. Bick", en Andrew Briggs (ed.), *Espacio de Sobrevivencia. Trabajos sobre Observación de Bebés*, Londres, Karnac, pp. 75-104.
- Magagna, J. y Domínguez, G. (2008), "Influencia mutua de los gemelos unidos", en V. Lewin y B. Sharpe (eds.), *Gemelos en desarrollo: Una mirada psicoanalítica*, Londres, Karnac.
- Magagna, J., Bakalar, N., Cooper, H., Levy, J., Norman, Ch. y Shank, C. (2005), *Transformaciones Íntimas. Bebés y sus familias*, Londres, Karnac.
- Maiello, S. (1995), "EL sonido-objeto: Una hipótesis acerca de la experiencia y la memoria auditiva prenatal", *Revista de Psicoterapia del Niño*, vol. 21, n°. 1, pp. 23-41.
- Negri, R. (1994), *El recién nacido en la Unidad de Cuidado Intensivos*, Londres, Karnac.
- Negri, R. y Harris, M. (2007), *La historia del desarrollo del niño*, Londres, Karnack Books.
- Piontelli, A. (1992), *De feto a niño: Un estudio observacional y psicoanalítico*, Londres y Nueva York, Tavistock-Routledge.
- Raine, A. (1998). *Ciencias Biológicas y la Ley*. 16: 319-32.
- Rosenfeld, H. (1987), "Después de pensar: cambiando teoría y cambiando técnica en psicoanálisis", en *Impase e interpretación*, Londres, Tavistock.
- Rosenfeld, H. (1987), *Impase e interpretación: Factores terapéuticos y antiterapéuticos en el tratamiento psicoanalítico de pacientes psicóticos, límites y neuróticos*, Londres, Tavistock.
- Saramago, J. (1997), *Ceguera*, Londres, Havill Press. [J. Saramago, *Ensayo sobre la ceguera*, traducción de Basilio Losada, México, Alfaguara, 1998].
- Schore, A. (2002), "Implicaciones de un modelo psiconeurobiológico", en S. Alhanati, (ed.), *Estados Mentales Primitivos*, vol. II, Nueva York, Karnac.
- Sowa, A. (2002-2003), "Pensamiento sostenido y reino de lo estético", *Revista Internacional de Observación de Bebés y sus Aplicaciones*, vol. 5, n°. 3, pp. 24-40.
- Sunderland, M. (2006), *La ciencia de la parentalidad*, Londres, Dorling Kindersley, A Penguin Company.
- Tennyson, A., y Hamilton, V. (1986). *Dolor y Duelo en: "In Memoriam" de Tennyson (1974)*. London: Free Associations: I: 80-87.