

## Las defensas infantiles en la psicoterapia paterno-infantil: El ejemplo de la evitación de la mirada

Björn Salomonsson

To cite this article: Björn Salomonsson (2016) Las defensas infantiles en la psicoterapia paterno-infantil: El ejemplo de la evitación de la mirada, The International Journal of Psychoanalysis (en español), 2:1, 67-95

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/2057410X.2016.1351682>



Published online: 12 Jul 2017.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

## Las defensas infantiles en la psicoterapia paterno-infantil: El ejemplo de la evitación de la mirada

Björn Salomonsson

Departamento de Salud de mujeres y niños, Instituto Karolinska,  
Estocolmo, Suecia

E-mail: [bjorn.salomonsson@ki.se](mailto:bjorn.salomonsson@ki.se)

(Aceptado para su publicación el 29 de octubre de 2014)

*Los resultados de la investigación observacional entre padres e hijos han estimulado el desarrollo de modelos intersubjetivos de acción psicoterapéutica. Estos modelos han revelado al infante como un socio interactivo del progenitor. Contrariamente, el interés en la descripción de la psique individual del bebé ha disminuido, especialmente los niveles inconscientes de su/sus experiencias y representaciones. Paralelamente, clínicos e investigadores han sido menos propensos a aplicar los conceptos psicoanalíticos clásicos al describir el mundo interno del niño. El autor sostiene que esto es incompatible con el hecho de que la teoría psicoanalítica desde sus inicios se basó en especulaciones sobre la mente del niño. Se investiga una tal concepto de la teoría clásica: la defensa. En concreto, se investiga si la evitación de la mirada selectiva en los bebés pequeños se puede describir como una defensa o incluso un mecanismo de defensa. La investigación se vincula con la discusión de Selma Fraiberg del fenómeno y también con la concepción de defensa de Freud. El autor también compara sus puntos de vista sobre el bebé como sujeto con los sugeridos por investigadores de la infancia, por ejemplo, Stern y Beebe. El debate se ilustra con viñetas de una terapia psicoanalítica con una niña de 3 meses de edad y su madre.*

**Palabras clave:** psicoterapia infanto-parental, tratamiento psicoanalítico madre-hijo, intersubjetividad, defensa, evitación de la mirada

En mi consultorio, una madre está sentada con su hija bebé en el regazo. La niña mira diversos objetos en la habitación y, a veces, a mí también. Si el padre está presente, ella también lo mira. Lo único que no mira a los ojos es de su madre. Su mirada se pasa de una lámpara o una silla, se mueve hacia la cara de la madre y, a continuación, con una precisión astuta, evita los ojos. Luego continúa buscando algún otro objeto, mientras que la expresión facial de la madre se vuelve triste o consternada. El padre se lo toma menos en serio: "Pasaré pronto. No te preocupes, querida".

Traducido por Paola Jarast del original en inglés publicado con el título 'Las defensas infantiles en la psicoterapia paterno-infantil' en Int. J. Psycho-Anal., 1, 5:62–86. Todos los derechos reservados. Traducción autorizada de la edición en idioma inglés publicada por John Wiley & Sons Limited. La responsabilidad por la exactitud de la traducción es responsabilidad exclusiva del Instituto de Psicoanálisis y no responsabilidad de John Wiley & Sons Limited.

He hecho estas observaciones en mi trabajo como psicoanalista consultor en un Centro de Salud Infantil (CHC). En Suecia, estas son clínicas financiadas por el gobierno federal donde los padres llevan a sus bebés para chequeos que incluyen inoculaciones, peso y medición, así como obtención de asesoramiento sobre nutrición y otros aspectos del cuidado de los niños. Muchos padres tienen "preocupaciones de bebé", que descargan con el visitante de salud de CHC. Si lo encuentra adecuado, ella puede recomendar unas pocas consultas conmigo. Los padres rara vez tratan de comprender sus preocupaciones en profundidad, sino más bien piden "herramientas" para tratar con ellas. No obstante, aplico conceptualizaciones psicoanalíticas para entender el caso y formular intervenciones. Por lo tanto, pueden alcanzarse importantes resultados en pocas sesiones. Si se necesita una terapia extensa y es factible, el analista tiene una valiosa oportunidad para investigar cómo la conducta alterada en un bebé puede tener sus raíces en su mundo interno.

El ejemplo clínico del trabajo se basa en el trabajo con una niña que evita la mirada y su madre en interacción. A continuación, utiliza el caso para investigar una cuestión teórica que se centra en los procesos mentales en *el bebé*: ¿Puede una joven psique tal reunir *defensas* psicológicas? Para tomar la cuestión desde otro ángulo, ¿son los conceptos psicoanalíticos clásicos, en este caso de la defensa, relevantes para explicar los comportamientos desordenados en niños pequeños y pre-verbales? Estas preguntas pueden parecer gratuitas, ya que la psique naciente es incapaz de tales procesos complicados. También sería inútil investigar el tema, ya que "no hay tal cosa como un bebé. Cada vez que se encuentra a un niño, se encuentra la atención materna, y sin la atención materna no habría ningún bebé" (Winnicott, 1975). Por último, el estudio sería redundante desde un punto de vista clínico, ya que siempre tratamos a un bebé en común con su/s padre/s. Sin embargo, la primera objeción en realidad plantea el interrogante. En cuanto al segundo punto, el aforismo de Winnicott no debe interpretarse como una prohibición de estudiar al bebé en su propio derecho. La tercera objeción es verdad per se, pero no nos impide centrarnos en los mecanismos psicológicos subyacentes a la conducta de un bebé.

El trabajo forma parte de un proyecto que investiga si los conceptos psicoanalíticos que utilizamos para las personas de edad avanzada son aplicables a los niños también. Los trabajos anteriores investigaron la sexualidad infantil (Salomonsson, 2012), la transferencia (Salomonsson, 2013), y la represión primaria (Salomonsson, 2014). Sin lugar a dudas, tal proyecto está plagado de dificultades heurísticas. ¿Se puede hablar realmente del infante como un sujeto? Es una criatura que siente, recuerda, quiere,

piensa, y tal vez tiene un cierto sentido de autorreferencia o "Este soy yo". Para enlazar la cuestión a los conceptos psicoanalíticos, ¿es él o ella capaz de desear al otro, desplegar emociones desde el objeto primario a un terapeuta, y separar impulsos instintivos de accionamiento en aquellos que quedarán en el olvido y se reprimirán de forma dinámica - temas que se investigaron en los trabajos anteriores? De hecho, ¿podemos concluir *algo* sobre la vida mental de alguien que no entiende ni produce discurso? Estos puntos se discuten en la sección "El bebé como sujeto o entre sujetos". Uno podría también afirmar que dado que la teoría psicoanalítica clásica se basa en el trabajo con pacientes verbales es inaplicable a individuos no verbales. Esto se discutirá en la sección "La frustración, el dolor, la defensa, y la hostilidad en el bebé - ideas de Freud" y "El concepto de defensa se aplica a los niños". Por último, una visión general de otros investigadores y clínicos se presenta en las secciones de "Evitación de la mirada e investigación de la infancia", "Evitación de la mirada en las observación de infantes" y en la sección sobre el trabajo de Fraiberg.

El trabajo clínico se inspira en tres métodos: (1) tratamiento psicoanalítico madre-hijo (MIP; Norman, 2001, 2004; Salomonsson, 2014), (2) consultas terapéuticas (Winnicott, 1941, 1971b) transferidas al trabajo parento-infantil (Lebovici *et al.*, 2002; Lebovici y Stol\_eru, 2003), y (3) terapia centrada en las distorsiones proyectivas de los padres que inciden en la relación con el bebé (Cramer y Palacio Espasa, 1993; Fraiberg, 1980; Lieberman y Van Horn, 2008).

1. MIP es una variedad de la terapia psicodinámica con el niño y los padres (en forma abreviada PTIP). Surge de las influencia freudiana, kleiniana, winnicottiana y bioniana. Muchos otros modos PTIP también se basan en la teoría psicoanalítica, pero en comparación con el MIP, han integrado la teoría del apego en mayor medida (Acquarone, 2004; Baradon *et al.*, 2005; Barrows, 2003; Daws, 1989; Emanuel y Bradley, 2008). De manera similar a los terapeutas MIP, estos autores hacen hincapié en el vínculo entre el desorden del bebé y la relación inconciente de los padres con él, y también destacan la participación clínica del niño. Sin embargo, en su trabajo clínico se dirigen a él en menor medida que los terapeutas MIP. Los últimos se dirigen al bebé para contener sus ansiedades directamente y por lo tanto no solo para contener las preocupaciones de la madre. El MIP también difiere de la técnica de Françoise Dolto (1994), de *parler vrai* (decirle la verdad) al bebé. Su técnica se basó en la suposición de que un bebé es capaz de comprender el contenido verbal de una intervención. El terapeuta MIP rechaza esta idea y afirma que el bebé no entiende el significado léxico de las intervenciones, pero puede verse afectado y calmado por su longitud de onda emocional.

2. La consulta terapéutica se centra en las "interacciones fantasmáticas" de los padres (Lebovici y Stol\_eru, 2003, p. 269) con el bebé. Estas fantasías se conceptualizan en términos de la sexualidad infantil inconciente de los padres. A menudo, los padres participan en sesiones (Casanova, 2000). La contratransferencia es una importante fuente de información, especialmente dado que estimula las enactuaciones del analista (Fr: *\_enactions l'*) y las producciones de metáforas. A posteriori, se puede reflexionar sobre estos similares para comprender lo que está sucediendo dentro y entre los padres y el bebé.

3. La terapia de padres e hijos, por último, se centra en cómo los "fantasmas" o las representaciones inconscientes de los padres hacen que el niño sufra de manera similar a cómo el padre sufrió en su infancia. Aquí, el bebé es considerado como un catalizador que permite a los fantasmas surgir durante las sesiones.

### **Kirsten y sus padres Myra y Don**

Veo a Myra y a Kirsten, de 3 meses de edad, en el Centro de salud infantil. La madre da una impresión preocupada e infeliz. Ella se acusa a sí misma de que su contacto no sea bueno. Hace dos años tuvo un aborto inducido en la semana 20 de embarazo porque el feto tenía una malformación cardíaca letal. Medio año después, tuvo un aborto en un embarazo temprano. Después de algunos meses ella y su esposo Don concibieron un hijo, y Kirsten nació 9 meses más tarde. En un primer momento, el desarrollo fue normal y la lactancia materna comenzó sin esfuerzo, pero a las 3 semanas la niña tuvo ataques de cólico y la madre no logró consolarla. Por supuesto, esto hizo que se sintiera angustiada e impotente.

A medida que escucho la historia de la madre, Kirsten me mira con una mirada seria, aunque no triste. Mientras que algunos objetos captan su interés, ella nunca mira a Mamá. Poco a poco, se angustia y comienza a gritar. Durante los esfuerzos de la madre por consolarla, la niña evita la cara de Mamá, cerrando los ojos con fuerza. El consuelo de Myra es amable, aunque un poco sobresaltado y tenso. Percibo su frustración detrás de su comentario vivaz: "Oye, niña, estemos contentas, ¿de acuerdo?" Como la evitación de la mirada de Kirsten y los gritos continúan, mi impotencia contratransferencial crece. Sugiero a la madre que busque los ojos de la beba. Como resultado, la niña mira a la lámpara del techo, pero no a Mamá, lo que hace que Mamá quede devastada.

El visitante de salud de CHC ha informado que el padre, Don, está muy preocupado, por lo que invita a toda la familia a la siguiente sesión. Esta vez, el ambiente es más defensivo. Cuando señalo que Kirsten me mira pero no sonrío, mamá interpone que sonrío en casa. Kirsten empieza a gritar, y Myra tiene dificultades para consolarla. Don dice que ha notado la evitación de la mirada de Kirsten hacia Myra, pero no hacia sí mismo. Ha estado en Google, y me pregunta si Kirsten tiene un "trastorno de apego". Dado que muchos de los padres que veo han leído mucho sobre el apego en Internet, y a menudo consideran cuestiones tales como enfermedades incurables, contesto: "Tiendo a no pensar en este tipo de etiquetas. Lo que me pregunto es cómo podrían disfrutar más de estar juntos". Reciben esto como una crítica de que no juegan lo suficiente con la niña. Parecen ambiciosos, ordenados y simpáticos, así como angustiados y susceptibles.

En general, creo que es más difícil establecer contacto con un bebé cuando ambos padres están presentes. Esto probablemente se deba a que en la mayoría de los casos los trastornos vinculares se centran en el bebé y uno de los padres, más a menudo la madre. Por lo tanto, a menudo se sugiere una terapia madre-bebé. De hecho, la desviación de la mirada de Kirsten se limita a Mamá. Sin embargo, sugiero que continuemos la terapia con toda la familia debido a que ambos padres se preocupan y temen que Kirsten sea autista. Expreso que tal vez ella es una chica con un difícil temperamento nacida en una familia con dos padres preocupados que quieren todo lo mejor para ella. Me concentro en sus sentimientos de culpa y la ansiedad subyacente a sus búsquedas de Google. Hasta el momento, no siento que tenga ningún mandato para una terapia más profunda de largo alcance. Después de algunas semanas, Papá se relaja más, afirma que la niña está bastante bien y que Mamá es más espontánea en casa. Me muestra un video casero de iPhone donde Mamá está bailando y cantando con la niña, que se ríe.

Un día Myra inicia la sesión: "Siempre me he sentido incómoda cuando mirando a los ojos de las personas. Me siento incómoda, como si me estuvieran mirando. Ella dice que esto también ocurre conmigo, a pesar de que lo oculta. De hecho, nunca he notado ninguna evitación de la mirada de su parte. Añade que los ojos de Kirsten están tristes, lo que aumenta sus sentimientos de culpa. También habla de su relación restringida con su madre: " Mi mamá no entiende lo preocupada que estoy". En este punto, decido empezar a trabajar con la madre y la hija únicamente, ya que parece claro que la evitación de la mirada de Kirsten implica a Mamá, concreta y emocionalmente, a un grado mucho mayor de lo que implica a Papá. Deseo implementar una técnica que permitirá el surgimiento de más ansiedad e incluye a la niña como sujeto terapéutico activa (Salo, 2007). Ya no me siento satisfecho con la explicación de que el comportamiento de Kirsten es el mero efecto de una disposición temperamental, porque esto no puede

explicar por qué ella nos mira a su padre y a mí mientras evita los ojos de la madre. Le sugiero a Mira: "Algo parece estar preocupándolas a usted y a Kirsten - y tenemos que abordarlo". Myra confirma que está sufriendo mucho y que la evitación de la niña no ha sido tomada en serio por el personal del Centro de salud infantil. La confianza de los padres me permite cambiar el marco terapéutico, y agregó que el regreso de Don será bienvenido en una ocasión posterior. Hasta ahora, la familia me ha visto una vez a la semana durante 6 semanas. Sugiero aumentar la frecuencia de las sesiones y Myra acepta de buena gana. La terapia tendrá una duración de 5 meses. Las primeras semanas nos encontramos cuatro, luego dos, y finalmente una vez por semana.

### **Terapia madre-bebé: las dos primeras sesiones**

Madre e hija llegan a su primera sesión conjunta. No importa cómo Myra la sostenga o se dirija a ella, Kirsten rehúye a sus ojos. En claro contraste, la niña me mira de modo persistente y curioso, aunque a veces también una mirada vacía y triste. La madre informa que después del parto se sintió feliz. ¡Finalmente había tenido su primer hijo! Cuando comenzaron los ataques de cólico se sintió impotente y agotada. Como Kirsten comenzó evitando sus ojos, Myra se acusó a sí misma, aunque no pudo especificar qué error estaba cometiendo. A medida que Mamá habla, el lloriqueo de Kirsten se convierte en un desgarradora sollozo- con los ojos bien cerrados.

Reflexiono sobre la posible psicodinámica detrás de su evitación de la mirada. Supongo que el estrés emocional durante las semanas de cólico sentó las bases para Kirsten de formación de una imagen interna negativa de la madre. Esto se oscureció aún más por la incomodidad de Myra al mirar a los ojos, un fenómeno presumiblemente conectado con su frágil autoestima. Esto creó una representación primitiva en la mente de la chica (Salomonsson, 2014): "Ella es mala ahí afuera y me hace mala. Si evito mirarla, me siento mejor". Evidentemente, esta formulación es más que una verbalización torpe y especulativa de una representación que fue pre-verbal. Sin embargo, afecta al comportamiento de la niña. También reflexiono sobre el posible impacto del aborto de la madre de un feto letalmente enfermo y su posterior aborto involuntario. Después de reflexionar sobre estas cuestiones, me dirijo a la niña.

**El analista al bebé:** Kirsten, no querés mirar a Mamá a los ojos. No sé por qué. Creo que tenés miedo de Mamá. Tal vez ella es como un fantasma para vos ahora. Se vuelve aún peor, para vos y para Mamá, cuando no mirás a sus

ojos. Ella se siente alejada y como si fuera una mala madre. Creo que ustedes dos se aman, pero sus "amores" no aparecen. Al dirigirme a ella, Kirsten me mira con atención. Su mirada está firmemente dirigida hacia mí.

**Madre al analista:** Al principio yo estaba tan feliz, ¡me sentí como intoxicada! Pero cuando dejó de mirarme sentí que no me quería más.

**Analista:** Sí, esto debe ser muy duro para usted, Myra. Ahora veo que Kirsten, mira la lámpara de techo pero nunca a Mamá. Esto es difícil para las dos.

La segunda sesión, Kirsten comienza retorciéndose.

**Analista al bebé:** Mamá tiene miedo de que no las quieras. Sí, es probable que haya una mamá a la que quieras, una a la que le tenías miedo cuando eras pequeña. Es por eso que no la miras a los ojos. Te quedas sola cuando no la miras. Las cosas se ponen peor entonces. Desactivas la comodidad de Mamá. . . Veo un mapache en tu suéter. Tiene ojos grandes, negros y atemorizantes. Tal vez eso es lo que te hacen sentir los ojos de Mamá. Solo quieres que se alejen. Pero cuando te alejas de Mamá, las cosas se ponen aún peor. . . ¡Qué suerte que tengas una madre solitaria! La última frase fue un desliz. En lugar de "persistente" (*envis* en sueco) dije "solitario" (*ensam*).

**Analista a la madre:** Dije "solitaria" en lugar de "persistente". Me pregunto por qué.

**Madre exclamando a la beba, que grita:** Kirsten, ¿por qué estás tan triste?

**Analista:** ¿Se dio cuenta de mi desliz?

**Madre:** Sí, me di cuenta.

**Analista:** ¿Por qué dije sola? . . . ¿Se siente sola?

**Madre:** Creo que a veces sí.

**Analista a la beba:** Y tú también te sientes sola, Kirsten, cuando apagas a Mamá. ¡Ahora estás mirando a Mamá! Y ahora te detuviste.

**Analista de la madre:** ¿Qué hay de tu soledad?

**Madre:** Bueno. . . es difícil para mí mirarlo a usted. A veces, estoy mirándola a ella mientras hablo con usted. Espero que no le moleste.

En este punto, la niña empieza a mirar a los ojos de Mamá con una mirada calma constante. La atmósfera se vuelve serena y tranquila.

**Madre:** Es difícil para mí abrirme con la gente. Creo que estoy un poco sola. Realmente no hablo con la gente, excepto con mi marido.

**Analista:** Kirsten, estás mirando a Mamá a los ojos ahora. ¿Ha visto, Mamá? Sí, Mamá te sonreía. Es como si estuvieras bebiendo los ojos de Mamá.

**Madre:** ¡Pronto no puedo mirarla más! Es difícil ser mirada. Debo descansar la mirada. Me da vergüenza. . . Don preguntó si habíamos hablado de mi madre. Dije que no. Siento, y supongo que le dije, que no estoy satisfecha conmigo misma. Pero no la juzgo, en absoluto. . . ella es igual a mí. Hizo lo mejor que podía hacer con sus condiciones de vida. . . (Myra está conteniendo sus lágrimas, su voz es temblorosa).

**Analista:** Kirsten, ¿ves la cara de Mamá? Está tan vivaz ahora. Ella está triste cuando de su madre, tu abuela. Has estado llorando mucho, Kirsten, y ahora Mamá también está llorando. Myra, mientras usted mencionaba la pregunta de Don, pensé en su madre. Tuve una imagen de ella con nosotros aquí. Ella estaba sosteniéndola a usted, Myra, en su regazo como si fuera su bebé. Supongo que estaba inspirado por la forma en que está sosteniendo a Kirsten ahora. Anteriormente, se estaba moviendo hacia arriba y abajo, doblando las rodillas mientras consolaba a Kirsten. Usted parecía estresado. En este momento, usted comenzó a balancear su cuerpo de un lado al otro en un tempo más lento, como si se estuviera más relajada.

**Madre:** Mi madre es el tipo de persona, yo soy igual supongo. . . Supongo que ella y yo somos. . . uno aprende de sus padres. . . Supongo que ella y yo somos. . . frías. Si te tropiezas y caes, ella te dice: "Arriba y anda".

**Analista a la madre:** ¿Es fría, en realidad? ¿No es más bien que es tímida con sus sentimientos? Y Kirsten, usted es tímida cuando no se atreve a mirar a Mamá para obtener confort.

Myra continúa hablando de su madre. Cuando expresa alguna crítica, añade: "Mamá hizo lo mejor que pudo".

**Analista a la madre:** ¿Usted la defiende porque teme que yo piense que es una perra?

**Madre:** ¡Más bien temo que me haga creer a mí que es una perra! . . . Yo estaba triste cuando Kirsten estaba gritando constantemente. De tanto levantarla y reconfortarla, se volvió de algún modo automático. Me olvidé de lo que estaba sintiendo, la balanceaba de arriba abajo, mirando a la nada.

**Analista:** Tal vez usted quería hablarme de su madre estaba en auto. . .

**Madre:** Sí, piloto automático, ¿esa es la palabra! Mi madre trabajaba con niños todo el día. Cuando llegaba a casa estaba cansada y tenía que poner su piloto automático con nosotros los niños.

## Comentarios sobre la viñeta - teoría del analista

La viñeta ilustra las influencias de las tres tradiciones clínicas esbozadas anteriormente. La técnica MIP aparece en mis intervenciones a Kirsten: "No

quieres mirar a Mamá a los ojos. . . Creo que le tienes miedo”. Asumo que dicha comunicación la toca en niveles significativos más allá del significado léxico de las palabras '(Salomonsson, 2007). También presumo que se da cuenta de mi atención a su angustia y se siente contenida por ella. El foco de Lebovici en la enactuación de la terapeuta me inspiró para utilizar el lapsus para indicar mi reconocimiento inconciente de la soledad de la madre. Su observación de que el terapeuta infantil es propenso a usar metáforas para comprender su caso fue ilustrada por mi comentario sobre los ojos bien abiertos del mapache en el suéter de Kirsten. Por último, el enfoque de Fraiberg me incentivó a investigar cómo la relación engorrosa de Myra con su madre influyó en su relación con la beba.

Con respecto a los prejuicios teóricos en el trabajo clínico, se nos enseña a no dejar que oscurezcan nuestra percepción, sino a escuchar con "atención flotante" (S. Freud, 1912, p. 111) y utilizar nuestra "capacidad negativa" (Bion, 1970, pág. 125) para saciar cualquier deseo de afirmar de antemano lo que sucede en el paciente. No obstante, estos ideales son imposibles de mantener constantemente (Strenger, 1997). Yo no era capaz de percibir la sesión como una tabula rasa Lockean. Más bien, estaba "escribiendo" un guión interno con el cual ordenaba observaciones, sentimientos y pensamientos. Este guión se inspiró principalmente en la perspectiva freudiana, kleiniana y winnicottiana. Consideré la evitación de Kirsten como un acto intencional, que supuse que tenía el objetivo de protegerla de las experiencias desagradables. Supuse que el mecanismo era el siguiente: Sus percepciones de mamá habían sido influenciadas por el dolor y la angustia inherentes a los cólicos y las formas de manejarla de Mamá. Estas percepciones se sometieron después a mecanismos de escisión y distorsiones proyectivas. Esto hizo que un objeto parcial maternal interno aterrador emergiera. Cualquier contacto con la Mamá externa, sobre todo mirándola a los ojos, suponía un riesgo para Kirsten de entrar en contacto emocional con el objeto interno temido. Por lo tanto, *su objetivo no era principalmente evadir el contacto con los ojos de su madre, sino evitar tener una experiencia emocional de miedo*. Este proceso también se vio alimentado por el modo en el cual la madre percibía a la niña; ella estaba desesperada por el cólico y la evitación de la mirada y se acusó de haber provocado al menos el último. Esto hizo que Mamá estuviera tensa cuando estaba con Kirsten. Además, Mamá tenía problemas de larga data con sus propias identificaciones maternas. Estos factores contribuyeron a la creación de una situación para Kirsten como describió Winnicott (1971a). Por lo general, un bebé que está mirando a la cara de su madre se ve "a sí mismo". Kirsten, sin embargo, conoció a una madre que refleja "su propio estado de ánimo o, peor aún, la rigidez de sus propias defensas" (p. 112). El estado de ánimo de la madre fue afectado más por el cólico y su propio carácter ligeramente más rígido que por la pérdida de los dos bebés.

Las hipótesis sobre la situación interna de la madre podrían ser investigadas en terapia. Por el contrario, las especulaciones sobre el mundo interno de Kirsten podrían ser rechazadas como argumentos circulares mis preconcepciones teóricas. Volvamos al consultorio. La madre de Kirsten me habló de la pérdida de dos hijos por nacer, del nacimiento de Kirsten, algunas semanas felices seguidas por el cólico, la tristeza de la madre, y las preocupaciones del padre. Pude observar la evitación de la mirada. Podría explicarlo como un mero reflejo de la conducta. De hecho, si la mirada de Myra hubiese sido angustiada, hostil, o evitativa, esto sería correcto. Kirsten reaccionaría ante los ojos amenazadores de su madre como ante un perro ladrando o un destello de luz. Sin embargo, Myra no tenía esa mirada. Otra opción es que el bebé albergara un reclamo anterior que daba miedo y se enfrentara con los ruegos de Mamá para mirarla. Entonces podríamos entrar en los dominios legítimos de exploración psicoanalítica y empezar a interpretar el mundo interno de Kirsten. Eso supone que consideramos que el bebé como un sujeto. Este supuesto necesita investigación.

### **¿El bebé como sujeto o inter-sujeto?**

Muchos psicoanalistas se han interesado en el trabajo entre padres e hijo. En sus publicaciones y presentaciones de conferencias se advierte una vacilación al usar la teoría analítica clásica de conceptualizar su trabajo clínico. Un argumento podría ser que un niño no habla y no puede confirmar las especulaciones del analista. Otra afirmación podría ser que, en comparación con los términos psicoanalíticos, los conceptos modernos de fijación están mejor confirmados por la investigación sistemática. Sin embargo, la escasez relativa de los conceptos psicoanalíticos es sorprendente si tenemos en cuenta que esta teoría contiene una gran cantidad de especulaciones sobre la mente infantil. Las conocidas y controvertidas especulaciones de Klein sobre bebés se originaron en su trabajo con pacientes infantiles. Winnicott también basa su trabajo en los niños, adultos y bebés (1941). De hecho, ya los escritos de Freud contienen abundantes enlaces entre las observaciones clínicas de adultos y especulaciones sobre los bebés. Sus teorías sobre el sueño, la formación del inconciente, el principio del placer, la represión primaria y la represión propiamente dicha, los procesos primarios y secundarios, y la sexualidad surgieron de intuiciones acerca de la forma en la cual la mente del bebé se forma en la interacción con su progenitor. En mi conclusión, hay que aceptar, ya sea que la teoría psicoanalítica se basa en observaciones clínicas, los diálogos con el paciente, ideas derivadas de nuestra contratransferencia, y las especulaciones sobre el

"bebé dentro del paciente" y la forma en que se formó en la infancia. Alternativamente, descartamos tales especulaciones - pero entonces ya no podemos llamar a nuestra teoría "psicoanalítica" en el sentido tradicional.

Cuando Freud escribe sobre los bebés claramente se refiere a ellos como sujetos; sienten, desean, reaccionan, recuerdan, conocen, y se representan a sí mismos. Su enfoque se podría contrastar con el argumento de que no se puede aislar y estudiar un sujeto humano - infantil o adulto - en sí mismo. Los defensores de las teorías intersubjetivas argumentan que un analizando no es una entidad que puede ser estudiada desde nuestro lado del diván, por así decirlo. El analista no puede escapar de su "participación del sistema" (Levenson, 2005, p. 79). Consecuentemente, no puede ver la reacción emocional del analizando como enteramente intrapsíquica o personal; también es "el resultado de la participación en los sistemas sociales más grandes" (*ibid.*). Concebir la relación terapéutica como un Analista Observando + un paciente observado indica un error epistemológico; simplemente no podemos "estar fuera de lo que observamos" (p. 8). Ver también Stolorow (1997).

La perspectiva intersubjetiva proporciona nuevos significados para muchos términos psicoanalíticos tradicionales, tales como neurosis (Levenson, 2005, p. 65) y contratransferencia (Gerhardt *et al.*, 2000; Renik y Spillius, 2004, p 1,054.). ¿Qué hay de la defensa, el concepto investigado en este trabajo? Si mi hipótesis es que la evitación de la mirada de Kirsten refleja un proceso intrapsíquico de este tipo, presupone que yo la considero un *sujeto*. En este punto, los teóricos intersubjetivos plantean objeciones a pesar de que reconocen que existe la subjetividad humana. Renik y Spillius (2004) definen esta última entidad como "las suposiciones personales, idiosincrásicas, inquietudes y motivaciones de un individuo - incluyendo las que surgen de la pertenencia a las culturas y subculturas particulares" (p.1,054.). Tal definición concuerda con la teoría analítica clásica. Los problemas emergen más bien de sus visiones sobre *cómo el analista toma conocimiento* sobre el tema, sea un bebé o un adulto. Benjamin (2005) escribe que una interacción "crea un espacio para los dos sujetos separados, pero centris reconocibles de sentimiento e iniciativa. En ese espacio puede haber cierta validación consensual, no de lo objetivamente verdadero, sino de *lo que pensamos que estamos hablando, qué sentimientos y significados creemos que estamos tratando de transmitir el uno del otro en este momento*" (p. 449, cursiva adicional). Tales momentos se han denominado el "borde íntimo" (Ehrenberg, 1992) o "el momento presente" en la relación terapéutica (Stern, 2004).

La afirmación de Benjamin de que no podemos alcanzar la verdad objetiva es compartida con optimismo por todos los analistas. Lo que es

nuevo es su énfasis en lo que los dos participantes analíticos creen que están transmitiendo *el uno del otro* - no en lo que el analizando está transmitiendo *a su analista*. Para expresarlo de una manera muy simplificada, la perspectiva clásica es: ¿Analista? ¿Paciente (¿? = Observa). La perspectiva intersubjetiva es: analista/sujeto ↔ paciente/sujeto (↔ = interactúa con). En mi opinión, el analista oscila entre ↔ ¿y?, entre los que interactúan como sujetos con el paciente/sujeto y forman hipótesis, basadas en observaciones y conjeturas, sobre el paciente/objeto. Para ser sincero, no soy un observador-analista neutral y estoy influenciado por mi "poder, libertad y deseo" (Benjamin, 2000, p. 46). Pero esto no me impide la formación de ideas - de hecho, incluso añadiré a estas ideas - acerca del poder de mi paciente, la libertad y el deseo, es decir, sobre él/ella como sujeto.

Bohleber (2010) ha puesto de manifiesto las diferencias entre los puntos de vista de pensadores intersubjetivos sobre el sujeto individual de las de los psicoanalistas tradicionales. Para el primero, la mente humana es "independiente y ya no se considera aislada" (loc. 340). Más bien se describe, según lo sugerido por dos investigadores de la infancia (Beebe y Lachmann, 2002, p. Xiii), como un "sistema recíproco de influencia mutua continua en el que cada socio es contextualizado por el otro" (p. Xiii). Por extensión, evitan el concepto de estructura psíquica y prefieren "patrones de experiencia que están *en proceso*, es decir, organizaciones que pueden transformarse" (*ibid.*, p. 13). Por el contrario, el psicoanálisis tradicional sostiene que el self puede "ser comprendido y vuelto a sí mismo por medio de un desvío a través del otro" (Bohleber de 2010, loc. 991), es decir, a través de un analista que escucha su subjetividad o contratransferencia. Para Bohleber el sujeto existe como una entidad, ya sea que está interactuando con otro sujeto o no - y uno puede legítimamente decir algo al respecto. Tal vez, la distinción de Benjamin entre *sujeto* y la *persona* podría aclarar las opiniones de los pensadores intersubjetivistas sobre el tema (2000). El primer término se refiere a la existencia independiente del otro o alteridad del otro. Este último se refiere a la "subjetividad personal" (pág. 45) y se asemeja a la definición de Renik mencionada arriba. Sin embargo, no puedo evitar la impresión de que, en vista de estos pensadores, el sujeto tiene una calidad similar a la sombra; no podemos verlo hasta que no cae sobre un objeto. Si, como escribe Benjamin, "el analista y el paciente están participando igualmente y son sujetos observadores, así como objetos el uno para el otro" (p.47), entonces, ¿con qué legitimidad puede el analista decir algo sobre el sujeto es decir, el paciente?

Esta descripción del esquivo status del sujeto puede parecer extraña a cualquiera familiarizado con los escritos de Daniel Stern (1985, 1990, 2004).

Como médico, enfatizó el impacto del "momento presente" en la psicoterapia y la vida cotidiana. Como teórico sugirió que la intersubjetividad es un sistema de motivación discreta. Como investigador describió "la vida subjetiva del bebé" en *El mundo interpersonal del infante* (1985, pág. 5). Como autor de un público más amplio, retrata la vida interior de un bebé en una vena más poética y evocadora, en su *Diario de un bebé* (1990). Su punto de vista del sujeto dentro de una matriz intersubjetiva es ejemplificado en términos de "modelos de estar juntos" (1995) o "representaciones de las interacciones que se han generalizado (RIG)" (1985, p. 97). En línea con Bohleber y mi crítica, tienden a pasar por alto la subjetividad del bebé y reducirla a un proceso que está ocurriendo con el padre. Ver también una discusión de Green (Sandler *et al.*, 2000). Del mismo modo, cuando la mente del niño se define en términos de "expectativas de secuencias de acción procesal organizadas" (Beebe y Lachmann, 2014, p. 26), la atención se centra en lo que el bebé se imagina que ocurrirá en la interacción con la madre, y no en sí mismo como sujeto, en "Este soy yo".

Beebe y Lachmann sugieren que el fenómeno de la imitación infantil (Meltzoff y Moore, 1977, 1997) indica que la mente es dialógica en el origen. Los "diálogos de acción procedural de la díada" ayudan al bebé a organizar sus representaciones simbólicas previamente, que se describen como "expectativas generalizadas, representaciones de procedimiento o de modelos internos de trabajo" (p. 33). También tienen consecuencias de "autorregulación", pero los autores evitan hablar del mundo internalizado o la subjetividad del bebé. En contraste concibo, y me dirijo a, Kirsten en palabras que reconocen su subjetividad: "Creo que tienes miedo de Mamá", "Tú también te sientes sola", y "Pareces triste".

Para aclarar, yo creo que la mente se origina en el diálogo. El punto de desacuerdo surge cuando nos fijamos en nuestras terminologías divergentes. Muchos escritos de investigadores de la infancia tienen un cierto estilo de laboratorio similar. Lo interesante es que nos recuerda a los escritos de Freud, el científico y psicoanalista naciente en *El Proyecto*. En mi opinión, ante un estilo tal existe el riesgo de que nos alejemos del reconocimiento y abordaje de las pasiones del bebé en un lenguaje sencillo. Por otra parte, aunque yo - de manera similar a los investigadores infantiles - considero al bebé como interactivo, también lo veo como un sujeto con una cierta estabilidad o individualidad. Una tercera diferencia parece estar relacionada con el concepto de *conflicto*, que es una noción central en la teoría psicoanalítica (S. Freud, 1919; Rapaport y Gill, 1959). Lo aplico a los bebés, así, mientras que el modelo de desarrollo del self de Stern no contiene términos como conflicto o enfrentamiento. Se centra en las experiencias del bebé de "formas, intensidades y patrones temporales" (1985, p. 51), y su sentido de agencia,

cohesión y continuidad del tiempo. En cuanto a su visión de la "intención" de un bebé (pág. 6), tiene que ver con una dirección general, pero no con el conflicto. En consecuencia, se opone a las sugerencias de Klein "basadas en la fantasía" de que el bebé divide sus experiencias en buenas y malas (p. 254). En su lugar, afirma que existe un "comienzo no psicodinámico de la vida", en el que la experiencia del infante "no es el producto de la resolución de conflictos que altera la realidad" (p. 255).

**El diario del bebé** de Stern (1990) contiene hermosas descripciones de cómo el niño procede del mundo de los sentimientos, el mundo social inmediato y los mundos de panoramas mentales, palabras e historias. El foco está en el tono del sentimiento y la forma de vitalidad (Stern, 2010) en cada fase de desarrollo. Las representaciones del bebé están teñidas por sus experiencias emocionales de, por ejemplo, el hambre y la lactancia. Pero, a diferencia de Freud (1915, p. 136) Stern, no indica que esto haría que el bebé incorpore aspectos placenteros del mundo exterior y proyecte sus experiencias desagradables. Similarmente, critica la idea de Klein de que el bebé lleva a cabo una "escisión basada hedonísticamente" (1985, p. 248) en buenas y malas experiencias. Esto no deja espacio para hablar de un bebé en conflicto.

¿O, tal vez, Stern sí habla de conflicto en un bebé, pero en otro *façon de parler*? Veamos su retrato (2010) de un bebé hambriento: "El mundo se está desintegrando. . . el malestar crece. Se extiende desde el centro y se convierte en dolor. Está en el centro de la tormenta que se desata. Eso. . . se convierte en olas palpitantes. . . [Que] se hinchan y dominan toda la atmósfera." (p. 31). Luego es levantado por su madre y amamantado: "De repente el mundo está envuelto. Se vuelve más pequeño y más lento y más suave. El sobre aleja los espacios vacíos" (pág. 36). Su lenguaje es claramente más evocativo de términos directos de Klein como "el pecho bueno". Pero, en realidad, ambos autores hablan de un mundo dividido en dos en el bebé. El bebé hambriento de Stern también es retratado como una sensación terrible y mal consigo mismo. Y, en la escena de amamantamiento se siente maravilloso y bueno.

Mi objetivo es, pues, integrar las descripciones conmovedoras de Stern de que el bebé tiene hambre con las ideas de Freud y Klein idea de que él está en un conflicto temporal debido a sus dos representaciones enfrentadas. Él ama a su madre "sobre" hasta que se muestra otro aspecto de sí misma; ella no puede quitarle las ondas pulsantes de hambre inmediatamente. Esta es una situación cotidiana y estoy de acuerdo con la crítica de Seligman (2006), de Klein, es decir, que lejos de cada niño sufre "los terrores de la destructividad omnipotente y la privación" (loc. 1598). Sólo podemos hablar de los

problemas clínicos y los conflictos cuando un bebé, por ejemplo Kirsten, tiene cólicos y su relación con la madre se ve empañada por la angustia y los sentimientos de culpa. Estos bebés deben manejar el conflicto mediante la construcción de una defensa: "Amo a mi madre, ella siempre me consuela. No, ella no lo hace. Ella no puede hacer nada cuando estoy indefenso. Ella no puede quitarme el dolor de repente. Cierro los ojos porque yo la quiero fuera de mi vida".

Por lo tanto, sugiero que (1) se puede hablar del infante como sujeto y que (2) que incluye una propensión a entrar en conflicto interno y externo. Para argumentar a favor del primer punto, imaginemos un bebé que está acostado tranquilamente en la cama mientras mira una lámpara. Él está solo y contempla una flor, un olor, o una huella mnémica. En su soledad, puede sonreír para sí mismo, soñar o suspirar. En esos momentos, le sugiero que está creando una subjetividad por su cuenta. En otras ocasiones lo hace mediante la interacción con los demás. Por tanto, sostengo que no debemos ni reducir la subjetividad a un efecto contingente de contextos interactivos ni ser negligentes respecto de la actividad mental autóctona del bebé.

Pregunté inicialmente si podemos concluir algo acerca de alguien que no entiende ni produce el habla. De hecho, mis ideas acerca de las representaciones en conflicto tienen un elemento de conjetura. Esta advertencia se aplica a todas las personas que, al igual que Stern, Beebe y yo, basan las imágenes de un bebé no sólo en la investigación científica y el trabajo clínico, sino también en la "pura imaginación" (Stern, 1990, p. 3). Sólo podemos formular hipótesis acerca de "las fases más tempranas de la fantasía y del aprendizaje, del desarrollo mental en general, que pueden ser acreditados con un considerable grado de probabilidad" (Isaacs, 1948, p. 80). Entonces podemos integrarlos con la metapsicología psicoanalítica e investigar lo que sucede cuando una representación entra en conflicto con otra. ¿Puede el bebé, por ejemplo, defenderse de una representación - y podría tal proceso defensivo se reflejarse en su comportamiento desordenado? Estas preguntas no implican que consideremos al bebé como el único agente en un trastorno clínico. Tampoco se sugiere que puede ser estudiada de forma aislada. Pero una vez que tomamos una perspectiva sobre él como sujeto, podemos preguntar si los conceptos psicoanalíticos pueden describir su mundo interno y su relación con su comportamiento.

### **Frustración, dolor, defensa, y hostilidad en el bebé - ideas de Freud**

En **El Proyecto** (1895/1950), Freud traza un esquema que conecta la frustración y el dolor con las actividades de defensa del bebé y su vista del objeto como hostil: Cuando un bebé experimenta dolor y displacer, lo une con una "imagen mnémica" (p. 320) del objeto a la que considera responsable de su dolor. Luego busca descargar o deshacerse del displacer. En paralelo, se llega a considerar al objeto de una nueva manera, como "hostil". La próxima vez que piensa o percibe este objeto, surge un estado desagradable. Ella trata de descargar el displacer y el objeto. En el lenguaje del bebé sería de este modo: "Bla, te vuelvo a ver y me siento mal ¡Sal de aquí!" Esto sucederá tanto más fácilmente con el tiempo, ya que las experiencias repetidas de dolor harán que sea más fácil que el recuerdo del objeto hostil resurja. Esta política no es exitosa, sin embargo, ya que el bebé no puede eliminarla. Lo que queda es cambiar *internamente*. Ella logra esto mediante el inicio de "una repulsión, una renuencia a mantener la imagen mnémica hostil catectizada. Aquí tenemos la atracción principal de deseo (*Primare € Wunschanziehung*) y la defensa primaria [defenderse, *Primare € Abwehr*]" (p. 322). El aparato mental busca "obviar, por medio de investiduras laterales, el consiguiente desprendimiento de displacer" (p. 325). Si esto funciona con rapidez, el desprendimiento de displacer y la defensa será leve; si no, "habrá un inmenso displacer y una defensa primaria excesiva" (p. 325).

¿Qué implica el modelo de Freud sobre las relaciones de objeto del bebé? Su dilema es que el primer objeto hostil es también su primer objeto satisfactorio y "único capaz de ayudar". Esto da lugar a un conflicto de ambivalencia. Freud concluye que el bebé aprende a conocer en relación con un "compañero humano" (p. 331). Algunos esfuerzos resultan en la percepción del bebé de un objeto neutro, como "Esta es mi mano, se parece a la mano de Mamá". Otras representaciones están cargadas de afectos negativos que están vinculados con sus gritos, y la información derivada de dichos gritos va a caracterizar al objeto. "Yo grito porque me siento mal. Yo grito para deshacerme de los malos. Tú no lo haces y no me ayudaste. No lo haces y no eliminaste lo malo. Eres igual que mi grito.

Es mucho más difícil para el bebé que se retire de las demandas internas que de la realidad externa. Amortiguar lo interno precisa de una "medida específica" (p. 297), que en un principio se suministra por el mundo exterior. "La atención de una persona con experiencia es atraída al estado del niño por la descarga a lo largo del camino de cambio interno" (p. 318). "Me siento mal, descargo lo malo gritando. Lo escuchas y vienes a mí. Ya no eres tan malo, ya eres bueno. "Los gritos sirven para múltiples funciones: son comunicativos, ayudan a llevar a cabo la acción específica y, en segundo

lugar, tienen una función intersubjetiva y ética; "la impotencia inicial de los seres humanos es la fuente primaria de todos los motivos morales" (p. 318). Freud oscila entre la explicación de estos fenómenos en términos biológicos y psicológicos, pero de cualquier manera, vincula claramente la angustia del bebé ante representaciones de objeto hostiles y su actividad defensiva contra ellas.

Ahora podemos preguntar si una "defensa primaria" de este tipo puede dar cuenta de la evitación de la mirada de Kirsten. Deberíamos llamarlo incluso un mecanismo de defensa - ¿O eso implicaría capacidades inexistentes en un bebé? ¿Debemos dejar de llamarlo comportamiento defensivo? Y, ¿cuál sería el propósito de dicha actividad tan defensiva, protegerse de un impulso pulsional, de un afecto intolerable, o un recuerdo desagradable? Mis observaciones clínicas y la historia de la madre de Myra indicaron que la evitación de la mirada estaba presente incluso mientras se relajaba y hablaba de modo amigable con Kirsten. En consecuencia, debe estar motivada por algo más allá de la necesidad de la niña de protegerse de una amenaza presente. Este "algo" debe haber surgido durante el inicio del cólico. La niña se había creado una imago espantosa o representación primitiva correspondiente al "objeto hostil" de Freud. Se encontraba en estado latente durante algunas semanas. A continuación, se conecta con la percepción de los ojos de Mamá, y la evitación de la mirada de Kirsten se pone en marcha.

Puesto que ya no había ningún cólico, la evitación de los ojos de la madre ahora sirve un propósito defensivo similar a un mecanismo fóbico. Greenson explica que la ansiedad que está conectada y vinculada "a ciertas circunstancias y condiciones es más controlable y por lo tanto menos atemorizante que la ansiedad flotante" (1959, p. 663). Era menos atemorizante para Kirsten temerles a los ojos de Mamá que a toda su persona. Su evasión se asemejaría a una fobia "extrusiva" en la que "el peligro interno se extruye sobre la realidad externa, y la evitación o huida del peligro externo proporciona la ilusión de que la amenaza interna había sido tratada" (A.M. Sandler, 1989, p. 104). Sin embargo, el carácter moderado de Kirsten indicó que su evitación solamente ayudó de modo parcial a hacer frente a la amenaza interna. Ahora vamos a relacionar algunos resultados de investigaciones y observaciones de bebés y luego procederemos a una autora que dedicó un trabajo separado a mirar la evitación: Selma Fraiberg.

## **Evitación de la mirada e investigación de la infancia**

Mientras que la prevalencia de la evitación de la mirada es menos conocida, su clínica importancia se ilustra mediante los numerosos estudios que se han conectado con el estado emocional de la madre. Los bebés de madres que han sido instruidos para imitar la depresión (Cohn y Tronick, 1983; Field, 1981) o la tristeza (Termine e Izard, 1988) tienden a reaccionar con la negatividad y la desviación de la mirada. Los bebés de madres con depresión clínica también tienden a evitar sus ojos, pero pueden mirar otras personas familiarizadas (Nogueras-Peláez *et al.*, 1994). En contraste, Landesman (2011) no encontraron esta tendencia. Incluso las madres con estado de ánimo depresivo subclínica (Feldman, 2007) pueden tener bebés que muestran una disminución en la cantidad de mirada mutua. Contemplar la evitación también puede ocurrir cuando una madre no deprimidos regresa después de una separación repentina e inesperada del bebé (Papousek, 2007). ¿Qué nos dice el comportamiento de la mirada de un bebé acerca de su futuro desarrollo? En una muestra normal, una mirada estable frente a la madre a los 4 meses se demostró para predecir una fijación segura a un año de edad (Koulomzin *et al.*, 2002). Estos investigadores sugirieron que la tendencia de los futuros niños inseguros 'a mirar hacia otro lado podría ser una adaptación a la intrusión materna o la sobreestimulación. Además, el temperamento infantil podría haber jugado un papel así, que sugieren. En el modelo de Tronick (2007, p. 283), la depresión materna "interrumpe el proceso de regulación mutua y constituye un descanso en intersubjetividad." Él encuentra evitación de la mirada más a menudo entre los lactantes de intrusivo que las madres deprimidas retirados. De esta manera, los hijos de madres intrusivos evitar ser abrumados por la estimulación.

## **La evitación de la mirada en observaciones de niños**

Kate Cowsill (2000) describe una observación continua de un bebé, "Tom". Una buena cantidad de estrés se introdujo desde el principio. Su parto había sido traumático, y había estado en tratamiento en incubadora durante cinco días. Otra raíz era el carácter ansioso de su madre, que estaba oculto bajo una capa de comprensión intelectual de las necesidades del niño. A las 3 semanas, comenzó evitando los ojos de la madre. Cowsill vincula la evitación de Tom también con el comportamiento de la madre. Por ejemplo, tendía a ser intrusiva y a veces evitaba su mirada. Se especula que la vivacidad exagerada de la madre podría ser debido a su "enorme ansiedad respecto de la capacidad de su hijo para ser vital y de estar vivo" (p. 78). Esto se vuelve aún más comprensible cuando la autora más tarde se entera de que la muerte del

abuelo materno de Tom se debió a un suicidio. Notamos aquí una similitud con el tema de la muerte en el caso de Myra. Sus primeros dos fetos habían muerto antes del nacimiento de Kirsten. Myra dijo que estos acontecimientos pertenecían al pasado, pero es plausible que su sentimiento de culpa y duelo nunca se hayan elaborado. Esto puede haber afectado su punto de vista sobre Kirsten como una niña de reemplazo (Reid, 1992). Mis investigaciones de este tema no produjeron mucho, sin embargo.

Cowsill no discute el concepto de defensa en sí, sino que lo aplica para explicar la tendencia de Tom a "bloquear la introyección de múltiples estímulos y reducir al mínimo la proyección de lo que parecía ser doloroso y un afecto indigerible" (p. 65). Buscando un modelo kleiniano, se llega a la conclusión de que Tom evitaba los ojos de la madre para mantener una división; el objeto interno bueno fue preservado, mientras que el malo se proyectó sobre los ojos. Si evitaba mirarla, sufriría menos "experiencias insostenibles" (p. 76). El modelo de Cowsill tiene mucho en común con el mío en relación con la evitación de Kirsten.

Kernutt describe la interacción con un bebé y una madre que, similarmente a las madres en las descripciones de Cowsill y mía, parece benévola, ambiciosa, tensa y no del todo en sintonía con su self emocional (2007). En la interpretación del autor, la beba experimentó a su madre como el "instigador del contacto" consistente, que impide el contacto a partir de un "gesto espontáneo" (p. 206). Esto dio lugar a una "respuesta reactiva" en la niña que se retrae de forma aislada para mantener la integridad de su verdadero self. El término "respuesta reactiva" parece cerca de mi uso de "defensa infantil". Kernutt vincula esto a la "rigidez de las propias defensas [de la madre]" (p. 208). El resultado fue que la niña miraba a la madre, pero no se reflejaba en ella (Winnicott, 1971a) y por lo tanto no se veía a sí misma. El riesgo de esta beba era, según Kernutt, que la evitación de la mirada no podría preservar su verdadero self sino contribuir al mantenimiento de un falso self.

## Las "defensas patológicas en la infancia" de Fraiberg

En un artículo póstumo, Selma Fraiberg discute la evitación de la mirada, el congelamiento y la lucha (1982). Estos fenómenos pueden ocurrir cuando "las parejas humanas del bebé fracasan en su función protectora y él está expuesto a repetidas y prolongadas experiencias de impotencia" (p. 614). Esto lleva al bebé a sentir que "algo está ahí fuera", que vagamente se conecta con su experiencia dolorosa. Si el dolor se asocia con la madre, debe protegerse de "la persona de la que es absolutamente dependiente y que está

asociada con el dolor y la decepción" (*ibid.*). En este punto, Fraiberg deja de investigar si el comportamiento podría reflejar un proceso defensivo. "Las preguntas parecen no conducir a ninguna parte: pensar lo impensable" (*ibid.*). Los dilemas "impensables" son que el bebé debe protegerse de alguien de quien depende y que su yo no se ha desarrollado lo suficiente como para poner en marcha todos los mecanismos de defensa. Desde otra perspectiva, el bebé se enfrenta a un conflicto; no sólo externamente, *vis-à-vis* su madre. También se crea un conflicto interno; su amor y la dependencia se contraponen con su ira y frustración. Esto hará que el bebé reaccione "a través de un comportamiento que sirve como defensa" (p. 613). Tengan en cuenta que Fraiberg evita usar el término "mecanismo de defensa".

Fraiberg describe la evitación de la mirada como perteneciente a un "sistema psicobiológico" (p. 621), que se puso en marcha porque el bebé considera a su madre como una amenaza *real*. Alternativamente, ella postula que la expectativa del bebé de ver las funciones de la cara de la mamá funciona como una angustia señal, y que su percepción "queda atrapada en un conflicto en los primeros meses de vida, por lo que el registro parece estar cerrado de forma selectiva" (p. 622). Al invocar términos como "angustia señal" y "conflicto", Fraiberg aplica un modelo explicativo psicológico. Ella evita el término represión, lo que implicaría que a un estímulo doloroso se le prohibió la entrada en la conciencia. En su lugar, ella lo llama "mecanismo de corte *en la percepción* que edita de forma selectiva la cara y la voz de la madre y al parecer sirve para alejar el afecto doloroso" (p. 632, cursivas en el original). Fraiberg utiliza un modelo psicoanalítico a gran escala de ansiedad señal, conflicto y el alejamiento de afectos dolorosos. Sin embargo, ella duda entre un modelo psicológico y un modelo teórico biológico para dar cuenta de la evitación de la mirada.

Volvamos a Kirsten y veamos cuál de los dos modelos muestra el mejor ajuste. Si Myra había maltratado a su hija, el comportamiento de Kirsten sería una respuesta biológica al peligro. Si la niña hubiese evitado el contacto con la mirada de todo el mundo, sospecharíamos un trastorno incipiente del espectro autista. Ninguna de estas alternativas fue corroborada. Por el contrario, había mucho dolor emocional tras los gritos de Kirsten y la historia de Myra. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, si un comportamiento tiene como objetivo reducir el dolor psíquico o conflicto, implica una defensa. En mi argumento, no tenemos que dudar al aplicar un modelo explicativo psicológico para contemplar la evitación, y podemos hablar con seguridad de ella como defensa. Para comprobar si esta posición encaja con la teoría

psicoanalítica tradicional, ahora vamos a volver a los orígenes del concepto de defensa.

## El concepto de defensa aplicado a los niños

Freud estaba interesado en métodos de defensa porque quería vincularlos con los diversos trastornos mentales que encontraba en la práctica clínica. Dado que sólo trataba jóvenes y adultos, se centró en las defensas más avanzadas. Esto nos podría tentar a pensar que no aplicó el concepto de defensa a bebés. Pero, en sus especulaciones sobre bebés, llegó a sugerir que utilizan *otros* defensas distintos de aquellos de las personas de edad avanzada: "Antes de su aguda escisión en un yo y un ello, y antes de la formación de un superyo, el aparato mental hace uso de diferentes métodos de defensa diferentes de los que emplea después de que ha llegado a estas etapas de organización" (Freud, 1925 a 1926, p. 164). De acuerdo con Laplanche y Pontalis (1973, p. 109), "la cuestión teórica de si la movilización [de mecanismos de defensa] presupone siempre la existencia de un yo organizado capaz de sostenerlos está abierta". Los modos de defensa pueden variar en la maduración psíquica pero su forma básica de funcionamiento es la misma: la mente se enfrenta a una idea, pero le resulta incompatible, y por lo tanto intenta tratarla como *no arrivee* pero falla. La huella mnémica del afecto anexo no puede ser erradicada. La segunda mejor alternativa es apuntar a "convertir esta poderosa idea en una débil, robarla del afecto - la suma de excitación - del cual está cargada" (Freud, 1894, p. 48.). La razón es la "aversión" al displacer (Freud, 1892, p. 221) en el aparato psíquico.

Desde su creación, la teoría psicoanalítica "ha tendido a entender la propia organización del aparato psíquico en términos de defensa" (Loewald, 1952, p. 447). Loewald deja a un lado la defensa involucrada en los mecanismos neuróticos, lo que supone un yo como "una estructura especializada dentro del aparato psíquico". Luego pasa a hablar de "procesos defensivos y operaciones" (p. 445). Este cambio silencioso, que también hemos señalado en el trabajo de Fraiberg, ilustra que el término "mecanismo" se define con poca claridad. Freud comenzó a usarlo en los años 1890 (1892), pero no lo aclaró. Laplanche y Pontalis (1973, p. 109) sugieren que escogió el término para enfatizar que "los fenómenos psíquicos están organizados de tal manera que se permiten la observación científica y el análisis". Esto es plausible, pero no explica lo que necesita una defensa para calificar como mecanismo. Klein también habló de "mecanismos, ansiedades y defensas operativas en la primera infancia", aunque sin aclarar lo que es un mecanismo (1975, p. 53). En un trabajo, Klein describe "la primera defensa creada por el yo" que se

inicia por el "propio sadismo del sujeto y el objeto que es atacado" (1930). Se diferencian fundamentalmente "del mecanismo más tardío de la represión" (p. 25). Aquí, ella reservó "mecanismo" para las defensas más avanzadas. En otro trabajo, Klein no deja claro cuán atrás en el desarrollo está dispuesta a hablar de mecanismos de defensa (1935). Un uso similar variado de los dos términos se ve en otro trabajo (Klein, 1991). Aquí, fenómenos como la defensa maníaca infantil, que se aparta del objeto amado, la inhibición de la avaricia en las dificultades de alimentación, etc., a veces se llaman "defensas", a veces "mecanismos de defensa".

Klein no aclaró la diferencia entre la defensa y el mecanismo de defensa, probablemente porque ella estaba menos interesada en los temas estructurales que en las fantasías que participan en la defensa. Por el contrario, cabría esperar que Anna Freud, que escribió extensamente acerca de los mecanismos de defensa (1937), aclarara lo que quería decir con "mecanismo". Sin embargo, no puedo encontrar que ella haya hecho esto. Sandler, en una discusión con ella, se limita a indicar que se trata de un "tipo de maquinaria mental" que es "independiente del objeto del que se trate" (Sandler y Freud, 1981, p. 238). En otro artículo sugiere que funciona a través de "cambios en el mundo representacional" (J. Sandler, 1993, p. 342). Lichtenberg y Slap se acercan a una más clara definición cuando se refieren a "tendencias definibles que gobiernan el modo en el cual se manejan los contenidos" (1972, p.776). "El uso repetitivo de un proceso cognitivo específico en una situación de conflicto lo establece como un mecanismo preferido para regular el conflicto; por ende, puede llamarse propiamente mecanismo de defensa" (p. 778). A raíz de estas definiciones, ¿(1) es la evitación de la mirada de Kirsten un "mecanismo preferido" por el cual se regula su conflicto, y (2) es "independiente" del objeto? En cuanto a la primera pregunta, la respuesta es sí; evita sistemáticamente ojos de su madre. En cuanto a la segunda pregunta, la respuesta es no; sólo se evitan los ojos de su madre. Evitar los ojos de mamá tiene similitudes con una fobia en tanto que una amenaza interna se exterioriza y es evitada. Aun así, para llamarla fobia, habríamos necesitado ver que Kirsten evitaba la mirada de todos.

Al final, ¿hemos de llamar a la mirada de Kirsten simplemente una "defensa psicológica" o un "mecanismo de defensa"? Laplanche y Pontalis definen la *defensa* como un "grupo de operaciones destinadas a la reducción y eliminación de cualquier cambio que pueda poner en peligro la integridad y estabilidad bio-psicológica" del individuo (p. 103, 1973). Ellas no sólo están dirigidas "hacia la excitación interna (instinto)", sino también hacia aquellas "representaciones (recuerdos, fantasías) [a las cuales] esta excitación está

ligada y a cualquier situación displacentera para el yo como consecuencia de su incompatibilidad con el equilibrio del individuo y, en esa medida, susceptible de desencadenar la excitación. Los afectos displacenteros, que sirven como motivos o señales de defensa, también pueden volverse su objeto" (p. 104). En cuanto al término *mecanismo de defensa*, se aplica a diversos tipos de operaciones "a través del cual la defensa puede ser concretada". Los mecanismos se eligen en función del "tipo de enfermedad", "la etapa de desarrollo alcanzado", y "el grado en que el conflicto defensivo se ha elaborado" (p. 109). *Dado que el término "mecanismo" tiene tantas limitaciones, me detengo al llamar a la evitación de Kirsten una defensa psicológica - no es un mecanismo*. Su modo de funcionamiento es similar a la fobia en que ella evita un objeto para obtener un beneficio psicológico. Sin embargo, la anulación se limitará a los ojos de una persona. En su caso, el desplazamiento, el mecanismo típico de la fobia, por tanto, no ha sido generalizado.

El caso en el trabajo de Fraiberg cumple con esta definición; el flujo interactivo diádico había sido interrumpido, lo que asustó al bebé. Por lo tanto, evitaba la parte de la madre que era el medio central de comunicación y transmitía su ambivalencia depresiva hacia el niño: sus ojos. Otro caso fue descrito por Norman que estaba trabajando con un niño de 6 meses de edad y su madre (2004). Había recibido información médica alarmante de él. A pesar de que se retractó posteriormente, la madre todavía estaba aterrada y el muchacho comenzó evitando los ojos. Durante las sesiones, gimió y se lamentó y, a veces succionó con energía su blusa. Cuando miraba "cosas emocionalmente neutras. . . había... una división entre el objeto libidinal y el objeto aterrador mala madre. Cortó los vínculos emocionales con el objeto libidinal y. . . proyectó el objeto aterrador mala madre en su madre y luego se corta el vínculo con la madre" (p. 1110). Por el contrario, cuando él chupó la blusa, "fue un desplazamiento y como sustituto de la madre, dado que su presencia/pecho/cara/ mirada emocional evocaban afectos amenazantes y por ende se evitaron" (p. 1118). Para explicar este fenómeno, Norman utilizó el término "represión infantil". Al igual que en Fraiberg, se llegó a la conclusión de que el niño preservará experiencias desagradables con la madre.

Norman y Fraiberg acuerdan, por lo tanto, como yo sostengo en el caso de Kirsten, que estos bebés albergaban representaciones desagradables de sus madres, y que evitar sus ojos tenía el fin de minimizar el riesgo de que estas se desencadenaran una vez más. Esta posición es compatible con la posición de Freud en El Proyecto sobre el objeto hostil (1895/1950). Para Freud, la noción de satisfacción de un bebé estaba vinculada con tener alimento y refugio. Hoy en día, los investigadores infantiles han enseñado mucho acerca de la sensibilidad del bebé a las perturbaciones en el intercambio diádico

(Tronick *et al.*, 1978; Trevarthen y Aitken, 2001). El proceso interactivo finamente sintonizado corre el riesgo de colapsar cuando la madre está deprimida. En términos freudianos, los intercambios de mensajes libidinales se sustituyen por más afectos desagradables más abrumadores. Ellos se desencadenan cuando el bebé se enfrenta a una situación que no puede manejar, como cuando los deseos de la madre de amar y cuidar a sus bebés se enfrentan con los deseos inconcientes de estar sola, mantenerse indiferente, o rechazar al niño. Esta ambivalencia dará lugar a representaciones primarias aterradoras en el niño. En respuesta, él va a defenderse de ellos al rechazar a su madre física. Ahora se convierte en una aterrador Gestalt para la madre, y ella toma su evitación de la mirada como prueba de que él no la ama. Una defensa se ha erigido en el niño.

### **Implicancias para la técnica**

He argumentado que los conceptos psicoanalíticos clásicos, en este caso de la defensa, se deben utilizar de manera más consistente para explicar el comportamiento infantil y los trastornos. También he argumentado a favor de considerar al bebé como sujeto psicoanalítico. Sostuve que esto contrasta con la visión intersubjetivista del sujeto como más que una entidad volátil vista principalmente como interactor. Sin embargo, mis viñetas clínicas contienen elementos que están avalados por los terapeutas intersubjetivos; compartí mi lapsus con Myra y revelé mis afectos cuando vi que Kirsten miraba a su mamá a los ojos (Maroda, 2002). Podría parecer incoherente que utilice esta técnica mientras pongo en duda el valor explicativo de los conceptos intersubjetivos.

Mi respuesta toca cuestiones tanto teóricas como clínicas. La evitación de Kirsten no era un síntoma solipsista, sino parte de un trastorno de relación. No fue suficiente, sin embargo, hacer frente a la subjetividad de la madre y el modo en que está teñida su interacción con la niña. Mi visión del bebé como sujeto me inspiró para abordar a la niña también acerca de lo que supuse eran sus experiencias. Había, pues, dos sujetos en el consultorio - de hecho, conmigo había tres. No me había centrado en los tres, no habríamos llegado a los puntos de ruptura afectiva y cambio de comportamiento en la beba. Me refiero al modo en el que mi lapsus acercó a Myra a su sensación de soledad, lo cual tuvo un impacto inmediato en el contacto visual de Kirsten con la madre.

La parte teórica de mi respuesta es que con el fin de entender el proceso de cambio en los tratamientos PTIP, necesitamos conceptualizar qué ocurre

en los mundos internos de la madre y de la beba. He sugerido que Kirsten utiliza la evitación de la mirada para defenderse de los afectos dolorosos vinculados a las primeras experiencias con la madre. Esto concuerda con mi esfuerzo por conceptualizar sus experiencias subjetivas. Hoy en día, los conceptos de investigación de la interacción madre bebé- se idearon para describir el mundo del bebé. En la sección "El bebé como sujeto o entre sujetos", argumenté que estos conceptos no dan crédito a la subjetividad del bebé, que permanece oculta detrás de un enfoque en la interacción del niño con el padre. En segundo lugar, sugerí que utilizáramos otro idioma, tanto cuando construimos teorías sobre la mente del bebé como cuando lo abordamos en el trabajo clínico; podemos hablar de su pasión, lujuria, ira, desesperación, tristeza, y caer a pedazos, y sugieren que él quiere, evita, odia, anhela y teme. Mi técnica contiene así muchos elementos de intersubjetividad, incluyendo la utilización y revelando mi propia subjetividad, con el objetivo de descubrir la subjetividad de la madre y el bebé.

De este modo, termino mi investigación de un aspecto de la subjetividad del niño, a saber, el uso de la defensa. A partir de un caso de evitación de la mirada de una niña, he postulado que ella tiene experiencias emocionales dolorosas al interactuar con su objeto principal. Su desviación de la mirada apunta a relegar estas experiencias de la conciencia para mantener el contacto con la madre. Esto sigue la descripción analítica clásica de una defensa. Este concepto es, pues, aplicable y esencial para entender ciertos comportamientos perturbados en los bebés. La consecuencia clínica es que nuestras intervenciones *también* deben abordar el bebé acerca de por qué ella se defiende y cómo podríamos ayudarla a lidiar con el afecto aterrador de una manera más saludable.

## Agradecimientos

Doy las gracias a los padres de Kirsten por su permiso para publicar el material de modo no identificable. Agradezco también a *Children's Welfare*, Groschinsky, Signe y Ane Gyllenberg, Kempe-Carlgren, *Mayflower Charity*, y las fundaciones Wennborg por sus generosas donaciones.

## Referencias

- Acquarone S (2004). *Infant-parent psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Baradon T, Broughton C, Gibbs I, James J, Joyce A, Woodhead J (2005). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy – Claiming the baby*. London: Routledge.
- Barrows P (2003). Change in parent-infant psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* 29(3):283– 300.

Beebe B, Lachmann F (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Beebe B, Lachmann F (2014). *The origins of attachment. Infant research and adult treatment*. New York, NY: Routledge.

Benjamin J (2000). Intersubjective distinctions: Subjects and persons, recognitions and breakdowns: Commentary on paper by Gerhardt, Sweetnam, and Borton. *Psychoanalytic Dialogues* 10(1):43–55.

Benjamin J (2005). Creating an intersubjective reality: Commentary on paper by Arnold Rothstein. *Psychoanalytic Dialogues* 15:447–57.

Bion WR (1970). *Attention and interpretation*. London: Karnac Books.

Bohleber W (2010). *Destructiveness, intersubjectivity, and trauma: The identity crisis of modern psychoanalysis* (Kindle edition). London: Karnac Books.

Casanova A (2000). *Serge Lebovici. Elements de la psychopathologie du bebe*. DVD. France.

Cohn JF, Tronick E (1983). Three-month-old infants' reactions to simulated maternal depression. *Child Development* 54:185–93.

Cowsill K (2000). "I thought you knew": Some factors affecting a baby's capacity to maintain eye contact. *Infant Observation* 3(3):64–83.

Cramer B, Palacio Espasa F (1993). *La pratique des psychotherapies m-eres-bebes. Etudes cliniques et techniques* (The practice of mother-infant psychotherapies. Clinical and technical studies). Paris: PUF.

Daws D (1989). *Through the night: Helping parents and sleepless infants*. New York, NY: Basic Books.

Dolto F (1994). *Solitude*. Paris: Gallimard.

Ehrenberg DB (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. New York, NY: W.W. Norton.

Emanuel L, Bradley E, editors. (2008). "What can the matter be?" *Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. London: Karnac Books.

Feldman R (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 48(3–4):329–54.

Field TM (1981). Infant gaze aversion and heart rate during face-to-face interactions. *Infant Behavior & Development* 4(3):307–15.

Fraiberg S (1980). *Clinical studies in infant mental health*. New York, NY: Basic Books.

Fraiberg S (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly* 51(4):612–35.

Freud A (1937). *The ego and the mechanisms of defence*. London: Hogarth Press.

Freud S (1892). Draft K. The neuroses of defence. From "Extracts from the Fliess Papers". SEI.

Freud S (1894). The neuro-psychoses of defence. SE 3:41–61.

- Freud S (1895/1950). Project for a scientific psychology. SEI. Freud S (1912). Recommendations to physicians practising psycho-analysis. SE 12:109–20.
- Freud S (1915). Instincts and their vicissitudes. SE 14:109–40.
- Freud S (1919). Introduction to psycho-analysis and the war neuroses. SE 17:205–16.
- Freud S (1925–1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. SE20:87–178.
- Gerhardt J, Sweetnam A, Borton L (2000). The intersubjective turn in psychoanalysis: A comparison of contemporary theorists: Part 1: Jessica Benjamin. *Psychoanalytic Dialogues* 10(1):5–42.
- Greenson RR (1959). Phobia, anxiety, and depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 7:663–74.
- Isaacs S (1948). The nature and function of phantasy. *Int J Psychoanal* 29:73–97.
- Kernutt J (2007). The I, or the eye, and the other: A mother-infant observation vignette analysed using Winnicott's concept of false self. *Infant Observation* 10(2):203–11.
- Klein M (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego. *Int J Psychoanal* 11:24–39.
- Klein M (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: Money-Kyrle R, editor. *The writings of Melanie Klein, Vol. 1*, 262–89. London: Hogarth Press.
- Klein M (1991 [1944]). The emotional life and ego-development of the infant with special reference to the depressive position. In: King P, Steiner R, editors. *The Freud-Klein controversies*, 752–843. London: Tavistock/Routledge.
- Klein M (1975). *Envy and gratitude and other works 1946–1963*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Koulomzin M, Beebe B, Anderson S, Jaffe J, Feldstein S, Cynthia C (2002). Infant gaze, head, face and self-touch at four months differentiate secure vs avoidant attachment at one year: a microanalytic approach. *Attachment and Human Development* 4(1):3–24.
- Landesman P (2011). *Maternal depression and the management of infant gaze aversion*. PhD, New York University School of Social Work, ProQuest LLC, Ann Arbor, MI.
- Laplanche J, Pontalis JB (1973). *The language of psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Lebovici S, Barriguete JA, Salinas JL (2002). The therapeutic consultation. In: Maldonado-Duran JM, editor. *Infant and toddler mental health*, 161–86. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Lebovici S, Stoleru S (2003). *Le nourisson, sa m-ere et le psychanalyste. Les interactions precoces (The baby, his mother and the psychoanalyst. Early interactions)*. Paris: Bayard.
- Levenson E (2005 [1983]). *The fallacy of understanding – The ambiguity of change*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lichtenberg JD, Slap JW (1972). On the defense mechanism: A survey and synthesis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 20:776–92.
- Lieberman AF, Van Horn P (2008). *Psychotherapy with infants and young children – Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: Guilford Press.

- Loewald HW (1952). The problem of defence and the neurotic interpretation of reality. *Int J Psychoanal* 33:444–9.
- Maroda K (2002). No place to hide: Affectivity, the unconscious, and the development of relational techniques. *Contemporary Psychoanalysis* 38:101–20.
- Meltzoff AN, Moore MK (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science* 198(4312):74–8.
- Meltzoff AN, Moore MK (1997). Explaining facial imitation: A theoretical model. *Early Development & Parenting* 6:179–92.
- Norman J (2001). The psychoanalyst and the baby: A new look at work with infants. *Int J Psychoanal* 82(1):83–100.
- Norman J (2004). Transformations of early infantile experiences: A 6-month-old in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 85(5):1103–22.
- Papousek M (2007). Communication in early infancy: An arena of intersubjective learning. *Infant Behavior & Development* 30(2):258–66.
- Pelaez-Nogueras M, Field T, Cigales M, Gonzalez A, Clasky S. (1994). Infants of depressed mothers show less “depressed” behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal* 15(4):358–67.
- Rapaport D, Gill MM (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *Int J Psychoanal* 40:153–62.
- Reid M (1992). Joshua – life after death. The replacement child. *Journal of Child Psychotherapy* 18:109–38.
- Renik O, Spillius EB (2004). Intersubjectivity in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 85(5):1053–64; discussion 1057–61.
- Salo FT (2007). Recognizing the infant as subject in infant-parent psychotherapy. *Int J Psychoanal* 88:961–79.
- Salomonsson B (2007). “Talk to me baby, tell me what’s the matter now”: Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment. *Int J Psychoanal* 88(1):127–46.
- Salomonsson B (2012). Has infantile sexuality anything to do with infants? *Int J Psychoanal* 93(3):631–47.
- Salomonsson B (2013). Transferences in parent-infant psychoanalytic treatments. *Int J Psychoanal* 94(4):767–92.
- Salomonsson B (2014). *Psychoanalytic therapy with infants and parents: Practice, theory and results*. London: Routledge.
- Sandler A-M (1989). Comments on phobic mechanisms in childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 44:101–14.
- Sandler J (1993). Fantasy, defence and the representational world. *Bulletin of the Anna Freud Centre* 16:337–47.

- Sandler J, Freud A (1981). Discussions in the Hampstead Index on 'The Ego and the Mechanisms of Defence': V. The Mechanisms of Defence, Part 2. *Bulletin of the Anna Freud Centre* 4:231–77.
- Sandler J, Sandler A-M, Davies R, editors (2000). *Clinical and observational psychoanalytical research: Roots of a controversy*. London: Karnac Books.
- Seligman S (2006). Projective identification and the transgenerational transmission of trauma. In: Wachs C, Jacobs L, editors. *Parent-focused child therapy* (Kindle edition), ch. 5.
- Stern DN (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Stern DN (1990). *Diary of a baby*. New York, NY: Basic Books.
- Stern DN (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Stern DN (2004). *The present moment in psychotherapy and in everyday life*. New York, NY: W.W. Norton.
- Stern DN (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. New York, NY: Oxford UP.
- Stolorow RD (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 14(3):337–46.
- Strenger C (1997). Hedgehogs, foxes, and critical pluralism: The clinician's yearning for unified conceptions. *Psychoanalysis and Contemporary Thought* 20:111–45.
- Termine NT, Izard CE (1988). Infants' responses to their mothers' expressions of joy and sadness. *Developmental Psychology* 24(2):223–9.
- Trevarthen C, Aitken KJ (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 42(1):3–48.
- Tronick E (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York, NY: W. W. Norton.
- Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 17:1–13.
- Winnicott DW (1941). The observation of infants in a set situation. In: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, 52–69. London: Hogarth Press.
- Winnicott DW (1971a). Mirror-role of mother and family in child development. In: *Playing and Reality*, 111–18. London: Tavistock/Routledge.
- Winnicott DW (1971b). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Hogarth Press.
- Winnicott DW (1975). *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.