

NI TANTO NI TAN POCO:  
LA CUADRATURA DEL CÍRCULO DE LA PARENTALIDAD

Régine Prat<sup>1</sup>

La cuadratura del círculo de la parentalidad, hubiera podido llamarla también "parentalidad: misión imposible". Voy a hablar de lo que pasa, o no pasa, no en la llamada patología, sino en la llamada normalidad.<sup>2</sup>

Sabemos bien que eso a lo que Winnicott ha denominado "preocupación maternal primaria" es "una enfermedad que sobreviene a mujeres de buena salud y que debe surgir verdaderamente para favorecer la salud del bebé".<sup>3</sup>

Veamos qué pasa, en una mirada a vuelo de pájaro: La experiencia del embarazo y de su desarrollo constituye una **novedad** sin precedente en la historia biológica normal de un individuo. En ese tiempo extraordinariamente corto de nueve meses, la mujer va a ver que su cuerpo se transforma de una manera radical, para transformarse de nuevo después del parto. Por ejemplo, ciertas mujeres tendrán el sentimiento de que no vale la pena instalarse en ese cuerpo, preocuparse, investir la ropa que corresponde a sus gustos, su imagen. Eso traduce a menudo una manera de resistir, de mostrarse razonable frente a lo que aparece como una locura. Pero la **verdadera locura** está ligada al hecho de que el cuerpo deviene habitado y habitáculo para otro cuerpo que allí se desarrolla. Estar embarazada es enfrentarse con lo "increíble pero verdadero" guardado en lo más profundo de sí desde los años de la infancia, cuando todo

---

<sup>1</sup> Régine Prat

*Psychologue-Psychanalyste*

*Société Psychanalytique de Paris*

*Association Francophone des Formateurs à l'Observation de Bébé selon Esther Bick (AFFOBEB)*

28 Chemin de la Creuse Voie

91 570 BIEVRES

T. : 01 60 19 16 38

[regine.prat@freesurf.fr](mailto:regine.prat@freesurf.fr)

<sup>2</sup> Se encontrará el desarrollo de estas ideas en: Prat, R. (2008): *Maman-bébé: duo ou duel?* Érès, coll. La vie de l'enfant; p. 161. [N del T: *Mamá-bebé: ¿duo o duelo?* ]

<sup>3</sup> Winnicott, D.(1956): "La préoccupation maternelle primaire", en *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1980, p. 168. [« La preocupación maternal primaria », en *De la pediatría al psicoanálisis*, N. del T]

niño se pregunta cómo se hacen los bebés, elabora lo que los psicoanalistas llaman sus "teorías sexuales infantiles" y contiene en el fondo la idea de que eso es "increíble", es decir, impensable. El embarazo es la etapa que verdaderamente sigue a aquellas antiguas preguntas, que han sido elaboradas de manera diversa según los avatares de la historia personal de cada uno, y se encuentran entonces expuestos a la **prueba de la realidad**. (Bajo todo deseo de hacer un niño se oculta el deseo de verificar y de ver "como se hace". Los síntomas durante el embarazo, o la manera de vivirlos y de soportar las molestias, tendrán a menudo un lazo con la supervivencia de estas antiguas teorías infantiles). El embarazo es por tanto, una conmoción a la vez física y psíquica, que se traduce **obligatoriamente por la fragilidad emocional** de la mujer joven durante este período. Pero "obligatoriamente", en mi pensamiento, no está ligado sólo a la historia individual de la mujer joven. Es imperativo devenir capaz de hacer frente a las necesidades del bebé: hace falta **obligatoriamente devenir más sensible**, es necesario obligatoriamente desarrollar otras maneras de sentir y percibir lo emocional para devenir capaz de ajustarse a las necesidades desconocidas de un bebé desconocido. Esta transformación, verdadera mutación psíquica, prepara el salto a lo desconocido. Sin embargo, después de un salto a lo desconocido se movilizan también todos los medios defensivos disponibles: pensamiento mágico, principismo, rigidez, barrera de contención, estructuras pre-pensadas en función de las defensas y no de las necesidades internas. ¿Cómo ayudar a los padres y futuros padres a no caer en la rodada? ¿Qué acompañamiento es el adecuado?

En mi opinión, aquél que permita hacer la pregunta "¿quién en Ud. quiere eso?" y desanudar las respuestas del pasado de las que se adaptan al presente. El otro punto de extrema fragilidad en esta conmoción emocional es que la llegada de un nuevo bebé, en el conjunto de la constelación familiar, va a conmocionar **la totalidad de la cadena generacional**: los sueños que tiene la futura joven madre pueden ser muy claros en su contenido aparentemente mórbido y traumatizante (sueño de muerte de la madre). El padre también está confrontado a sus antiguas teorías sexuales infantiles, también para él la cadena generacional se reposiciona, para los niños también... En resumen, tenemos una extraordinaria configuración de crisis de la cual dar testimonio...

## I. La depresión del post-parto.

La clínica de las perturbaciones de la relación madre-bebé afronta a todas las relaciones del fenómeno descrito habitualmente bajo el nombre de **depresión del post-parto**. Esta entidad clínica ha desbordado ampliamente el marco de las consultas y de la literatura especializada. El "baby-blues" ha conocido un gran suceso mediático, aparentemente fundado en la universalidad de este estado, experimentado en diversos grados por toda joven madre: en el seguimiento de los embarazos, no es raro que las futuras madres sean prevenidas por su médico, con intención profiláctica, de que puede sobrevenirles el "baby blues" unos días después del parto.

Ciertos aspectos de este estado particular de la joven madre han sido descritos por Winnicott. Su tan conocido artículo de 1956 "La preocupación maternal primaria" es siempre la base incontestable de los trabajos psicoanalíticos más recientes<sup>4</sup>. Para que el bebé se desarrolle de manera satisfactoria, "el establecimiento de su yo debe reposar sobre un sentimiento continuo de existir" <sup>5</sup> que la madre no puede procurarle más que a condición de que ella "alcance esta enfermedad normal que le permite adaptarse a las primeras necesidades del niño con delicadeza y sensibilidad"<sup>6</sup>.

Una madre "normalmente dedicada a su hijo" debe ser "capaz de alcanzar ese estadio de hipersensibilidad [...] para recuperarse enseguida"<sup>7</sup>.

Bajo esta condición, la madre podrá identificarse con su hijo y adaptarse estrechamente a sus necesidades.

Debemos, me parece, indagar la sucesión de la descripción clínica de este estado particular de la joven madre en Esther Bick.

A la llegada de un bebé, **la madre pierde su identidad** y va a tener que constituir una nueva: cambiar de piel. "Ella no es más la adulta capaz [...]. Ya no sabe quién es, porque aún no ha adquirido su nueva identidad de madre. Su confusión y un doloroso sentimiento de pérdida de su antigua identidad se asocian a la toma de conciencia de su total responsabilidad por ese bebé..."<sup>8</sup>

<sup>4</sup> Winnicott, D.W. (1956): Op. cit., pp.168-175.

<sup>5</sup> Winnicott, D.W. (1956): Op. cit., p. 172.

<sup>6</sup> Winnicott, D.W. (1956): Op. cit., p. 171.

<sup>7</sup> Winnicott, D.W. (1956): Op. cit., p. 170.

<sup>8</sup> Magagna, J. : « Observation d'un nourrisson avec Esther Bick », en *Journal de la psychanalyse d'enfant*, N° 12, pp. 173-208, Bayard Editions, p. 181. [« Observación de un lactante con Esther Bick »]

En las manifestaciones clínicas observadas en la joven madre, aquello se traduce en temas más o menos depresivos, temores concernientes a su capacidad para ocuparse de su bebé, sentimientos de desborde. El bebé es vivido como llenando todo el espacio psíquico y físico materno y prevalecen los sentimientos de culpabilidad.

Esther Bick habla de la especial susceptibilidad de las madres recientes y de su fragilidad respecto a las interferencias externas.<sup>9</sup> El conjunto de sus descripciones aporta precisiones a lo que Winnicott llamaba hipersensibilidad.

Bertrand Cramer y Francisco Palacio Espasa han puesto los jalones de una nueva tónica que permite comprender las especificidades del funcionamiento psíquico del post-parto; proponen el **concepto de parentalidad** como “una nueva fase del desarrollo [...] imponiendo al padre/madre una considerable tarea de redistribución de sus investiduras (narcisísticas o libidinales)”. “El funcionamiento psíquico de los padres -sobre todo de la madre- obedece entonces a una nueva tónica, que incluye la representación mental del niño como una añadidura al territorio psíquico parental [...]. Las vicisitudes normales y patológicas de las relaciones tempranas hacen a la naturaleza de este efecto de encuentro entre lo nuevo del niño y lo infantil de los padres, entre la extrañeza del bebé y la familiaridad de las imagos antiguas.”<sup>10</sup>

Un punto particular constituye el basamento de los conceptos evocados; paradójicamente, este punto no parece haber sido desarrollado de manera específica en la literatura.

## II. El traumatismo del nacimiento para los padres.

### Impacto sobre la madre.

El encuentro con el bebé constituye una experiencia ciertamente singular, y en muchos aspectos una **experiencia traumática** para la madre, que necesita un reacomodamiento fundamental e inmediato de todo su funcionamiento psíquico.

---

<sup>9</sup> Bick, E., enseñanza oral traducida por M. Haag en “A propósito de las primeras aplicaciones francesas de la observación regular y prolongada de un bebé en su familia según el método de Mrs. Bick”, tiraje privado 18, calle Emile Duclaux Paris XV.

<sup>10</sup> Cramer, C. y Palacio Espasa, F. (1993): *La Pratique des Psychothérapies Mères Bébés [La Práctica de las Psicoterapias Madres-Bebés, N.del T]*, PUF, Le Fil rouge, 1993, p. 374.

La experiencia de la parentalidad afronta en efecto, por primera y única vez, la **vivencia de la dependencia total**, en el sentido de otro -el bebé- dependiendo enteramente de sí -los padres en términos generales, pero particularmente la madre.

Este descubrimiento de la dependencia es brutal, no hay grados de aprendizaje, de evolución: en el momento de la llegada del bebé el mundo de la madre oscila, ella deviene aquella de la cual depende toda la vida del bebé.

Va a haber una corta latencia que puede variar entre algunas horas y algunos días después del parto, que corresponde al tiempo que necesita la mujer para descentrarse de la experiencia del parto y percibir verdaderamente a su bebé como tal, es decir, separado de ella.

Se puede notar que ese tiempo existe también para el bebé: para que se pueda testear al bebé y no sus reacciones al parto, las evaluaciones del comportamiento de los recién nacidos según la escala de evaluación del comportamiento neonatal de Brazelton no se hacen antes del tercero o cuarto mes de vida.

Este tiempo puede dar la impresión de que se trata de un período particular de feliz armonía entre una madre y su bebé, y en él se basan las ilusiones del "bebé reparador", es decir, de bebés que son terapéuticos para sus madres.

Sin embargo, es fundamental que este período sea vivido en toda su plenitud, porque allí se constituyen los cimientos del vínculo: se puede decir que es esta ilusión fundadora la que constituirá un anclaje para los momentos difíciles que vendrán.

La madre descubre la dependencia a partir de momentos muy concretos de la vida con el bebé. La satisfacción de las necesidades materiales del bebé, equipamiento, cambio, nutrición, etc., depende de ella. La madre descubre que esto no tiene fin: si se levanta cuatro veces seguidas durante la noche, tendrá que levantarse también la quinta aún si está cansada.

A todo esto se agrega la **dependencia psíquica absoluta**: el bebé depende de su madre para construirse psíquicamente, para devenir persona.

Si bien ciertos aspectos de la dependencia material pueden ser comparados con otras situaciones de la vida (el contacto con discapacitados, con personas de edad, o las diversas formas de la relación de asistencia), no es lo

mismo cuando se trata de la dependencia psíquica: sólo la experiencia de la parentalidad puede hacerle frente.

La asociación de estos dos aspectos crea **una situación enteramente nueva y singular: poder jugar este rol supone una mutación profunda del psiquismo parental**, el que, a raíz de esta experiencia, llegará a ser radicalmente diferente de lo que era antes, y , por tanto, diferente del psiquismo de los que no han atravesado la experiencia de ser padres.

Toda experiencia de la vida conlleva seguramente modificaciones psíquicas, y cuánto más una crisis de identidad, pero ninguna supone un cambio tan radical de posición. Esta mutación está precedida por otra mutación brutal: el embarazo representa un cambio corporal extremadamente rápido que no tiene ninguna equivalencia en la historia biológica normal de una persona.

### Las reacciones de la madre

Para Laplanche y Pontalis, el traumatismo es un "evento de la vida del sujeto que se define por su intensidad y por la incapacidad en que se encuentra el sujeto de responder adecuadamente a ello, por la conmoción y los efectos durables que provoca en la organización psíquica. Se caracteriza por un flujo de excitaciones que es excesivo respecto a la tolerancia del sujeto y su capacidad para dominar y elaborar psíquicamente estas excitaciones."<sup>11</sup> Las reacciones de la madre después del nacimiento de un bebé pueden ser consideradas desde este punto de vista como la traducción de una conmoción de la organización psíquica. Los nuevos aspectos externos pueden entonces ser rechazados para preservar la sobrevivencia de la construcción psíquica interna.

- En las **formas clínicas** extremas de las psicosis puerperales, este proceso puede llegar hasta la no percepción de la realidad del bebé, enmascarada por las falsas percepciones alucinatorias. La construcción de un delirio viene aquí a ocupar el lugar de la construcción de una nueva realidad que incluye al bebé.
- En las formas psicopáticas, el vínculo con la realidad será mantenido, pero todas las formas de rechazo activo del bebé, desde el maltrato al abandono, manifestarán la incapacidad de la madre para concebir al bebé como un ser al que hay que cuidar.

---

<sup>11</sup> Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1981): *Vocabulaire de la Psychanalyse*, PUF, Paris, 1981, p. 499. [*Vocabulario de Psicoanálisis*. N. de. T.]

- Hay en fin múltiples situaciones clínicas en las cuales el bebé llega a ser el soporte de las proyecciones de la madre, vivido como malo, persiguiéndola intencionalmente por medio de su llanto, por ejemplo. Se trata entonces de una inversión de la relación de dependencia que tiene una función de desmentida, en la cual se fantasea al bebé en una posición dominante en relación a la madre.
- En las situaciones menos patológicas, o consideradas como normales, el corolario de esta confrontación con la extrema dependencia es el **sentimiento de responsabilidad**.

Los sentimientos de desborde, de incapacidad para estar a la altura de la tarea, de encierro y de soledad, con grados de variación que van de la inquietud al pánico, son una constante de los temas abordados por las jóvenes madres. Son la expresión banal de las reacciones al nacimiento del bebé, y más particularmente dentro del tema que quiero desarrollar aquí, reacciones al impacto de la dependencia.

Es también extremadamente corriente escuchar a los jóvenes padres quejarse de no haber estado prevenidos. Las formas de expresión pueden ser diversas: sentimiento de estar fallado para la maternidad (sentimiento que llena a la futura madre en los preparativos para el nacimiento y luego la deja sola con el bebé), sentimiento de ser abandonado por los amigos (en particular precisamente los amigos sin niños), o temas persecutorios en los que prevalece la idea de que la realidad ha sido ocultada a sabiendas por los supuestos aliados. Estas variadas formas de expresión traducen todas el mismo estado de shock ligado a la vivencia de que no hay preparación posible, porque habrá que modificar el propio funcionamiento psíquico para poder vivir esta experiencia.

### **¿Por qué insistir tanto en lo dicho?**

Justamente para recordar que cuando recibimos a jóvenes padres (poco importa su edad real, como padres tienen la edad de su bebé), estamos frente a personas en crisis que vienen de vivir una conmoción de una violencia extrema y que debemos tener en mente que **la clínica del nacimiento de la familia se parece a una clínica post-traumática**.

(La especificidad de la psicosis puerperal consiste en ser un episodio delirante clásico, aparecido después de un alumbramiento, y más frecuente en la población de las parturientas recientes que en la población general).

### **Un bebé obligatoriamente prematuro.**

El bebé va a construirse en función de cómo es su madre, lo que se manifestará a través de lo que ella hace con él y para él: **el sentimiento de responsabilidad de la joven madre es, con toda razón, abrumador.** Mi hipótesis personal es que eso constituye el punto común que subyace a todas **las perturbaciones del post-parto.**

**Hacer todo para su bebé** podrá llevar a la madre a cargar las tintas en cuanto a su responsabilidad, no dejándole la posibilidad, o no pensándolo capaz de desempeñarse solo en lo que sea.

“Me he transformado en miedosa, cuando antes no tenía miedo de nada”, es el testimonio de numerosas mujeres a partir de la maternidad. Esto traduce el miedo de hacer mal al bebé, o que “se” le haga mal, con la idea de un mundo que se ha vuelto peligroso a partir de la percepción de la dependencia y de la responsabilidad total de la madre en esa misión de protegerlo. Las situaciones, igualmente corrientes, de miedo a olvidar al bebé o de hacerle mal pueden llegar hasta fobias de impulsión verdaderamente impresionantes para los padres (miedo a ser tomado de manera irreprimible por el impulso de tirar al bebé por la ventana o de hacerle mal). El descubrimiento brutal de la convergencia entre la dependencia del bebé y la responsabilidad parental pasa por: “pero entonces, si todo depende de mí, eso significa que yo tengo poder sobre él, un **poder de vida y muerte, podría hacerle tanto bien como mal**”. Las ideas de hacer mal al bebé traducen el choque de este descubrimiento, mucho más que una agresividad inconsciente respecto al bebé.

Mostrar a los padres que lo que ellos toman como incompetencia o agresividad es en realidad una prueba de amor excesivo, permite devolverles la confianza en sí mismos. Creyéndose tan malos, se descubren muy buenos, lo que es más fácil en el plano narcisista. Es útil también para el clínico recordar que, cualquiera sea la patología de la familia o de la persona, el hecho del traumatismo del nacimiento como padres constituye una sobrecarga.

### **III. Del lado del bebé.**

#### **1) Pérdida.**

El bebé acaba de perder con el nacimiento el mundo en el cual había constituido sus primeros reparos de seguridad vital. Esther Bick consideraba que

en el nacimiento, el bebé seguramente nunca llegaría a experimentar una tan grande claustrofobia como la de pasar por los pilares genitales para salir, y tampoco una agorafobia comparable a la de salir. Comparaba al bebé en el nacimiento con un **cosmonauta** que no tuviera su traje espacial para protegerlo. Su hipótesis central es que las angustias fundamentales del bebé se deben a la experiencia de pérdida de la sensación de compresión intrauterina: equivalen a un abandono, se traducen como una vivencia de caída sin nada de donde agarrarse, una caída sin fin. Las angustias serán angustias de liquefacción, de dispersión, de estallido, allí donde se experimenta la ausencia de un límite contenedor que permita guardar en su interior los contenidos corporales. Se trata de angustias que acompañan ineluctablemente la pérdida del medio intrauterino; son independientes de la manera de nacer y existen también después de un nacimiento por cesárea, en el que se ha evitado el pasaje por el canal del parto.

El rol del entorno, en primer lugar la madre y luego los padres y la familia, va a ser calmar esas angustias, o más bien proveer las condiciones que permitan que el bebé se calme. En el entorno, el bebé deberá encontrar con qué fabricar una envoltura de piel que reemplace su antiguo traje espacial uterino.

**El bebé deberá encontrar imperativamente en el entorno un objeto continente óptimo** “que calme sus angustias de caída y le permita restablecer la continuidad con los elementos de la vivencia prenatal y le permita también la interiorización de una piel que mantendría (pasivamente) unidas las diferentes partes de su personalidad.” Este objeto continente óptimo será, nos dice Esther Bick, “el pezón en la boca junto con el sostén, el habla y el olor familiar de la madre...”<sup>12</sup>

Esos reencuentros con los elementos del mundo conocido antes del nacimiento son necesarios para **restablecer la continuidad** en la experiencia de vida, lo que permitirá una adaptación psíquica a la vida aérea. En suma, se tratará de permitir una **dosificación de lo nuevo** para poder absorberlo poco a poco.

A falta de esto, el bebé estará obligado a sostenerse solo a costa de activos esfuerzos. Esther Bick ha abierto de esta manera la vía al estudio de los

---

<sup>12</sup> Bick, E. (1967): “Le vécu de la peau dans les toutes premières relations d’objet » [« La experiencia de la piel en las primeras relaciones de objeto » N. del T.], trad. De G. Haag, en Meltzer, D. : *Explorations dans le monde de l’autisme* [en español editado como *Exploración del autismo*, N. de. T.], Payot, Paris, 1980.

**momentos de ausencia o desfallecimiento del objeto continente,** fundando lo que podemos llamar **la clínica del apego**: “La necesidad de un objeto continente parecería, en el estado no integrado de la primera edad, producir una búsqueda **frenética** de un objeto -una luz, una voz, un olor u otro objeto sensual- que pueda **retener la atención** y esté disponible para ser experimentado momentáneamente al menos, como manteniendo juntas las partes de la personalidad.”<sup>13</sup>

Tiene una gran importancia clínica que podamos reconocer la función de apego de numerosas manifestaciones del bebé que dan cuenta de una insuficiencia o de un fracaso del *holding*, así como perturbaciones funcionales (vómitos, perturbaciones del sueño) y psicomotrices (agitación, inestabilidad, hipertonicidad) devienen comprensibles en su sentido de defensa contra las angustias de caída, y son mejoradas cuando mejora la capacidad de continencia del entorno y en particular la de la madre. Este es el impacto terapéutico esencial de las terapias padres-bebé.

## 2) Contrucción.

Como acabamos de ver, madre y bebé vienen de vivir un verdadero terremoto; necesitan ahora **reencontrarse a la vez que descubrirse**.

Para estos dos seres que han vivido tamaño desbarajuste, es urgente rehacer sus **bases de seguridad**. Para la continuidad de su historia en común, es indispensable que **se rehagan juntos**. Ese lazo tejido en el curso del embarazo, sacudido y puesto a prueba en el parto pero al mismo tiempo reforzado, va a tener que tejerse de nuevo complejizándose. De la misma manera, para el conjunto madre bebé, será necesario integrar lo nuevo en pequeñas dosis y dejar al tiempo hacer su trabajo integrador.

Cuando una mujer ha atravesado todo lo que hemos visto para devenir madre, puede tender a ser una **madre “imperialista”**. Habiendo desarrollado en demasía su parte oblativa, la madre se vuelve enteramente hacia el bebé, se pone a su servicio: ya no lo ve en sí mismo, como a un otro cuya alteridad e incontestable separación hay que descubrir, sino como una parte de sí misma.

---

<sup>13</sup> Bick, E. (1988): “L’expérience de la peau dans les relations d’objet précoces » [« La experiencia de la piel en las relaciones tempranas de objeto », N. del T.], pp. 240-244 en Meltzer, D.: *Explorations dans le monde de l’autisme* [Exploración del autismo, N. de T.], Payot, Paris, 1988, y pp. 135-141, 1967, en “Les écrits de Martha Harris et d’Esther Bick”, Ed. du Hublot, Paris, 1998. [« Los escritos de Martha Harris y Esther Bick ». N. de T.].

Cada signo del bebé deviene un signo dirigido exclusivamente a ella. Aplasta también en sí misma otros aspectos de su identidad personal: por ejemplo, no puede **interesarse en nada más que en el bebé, y más precisamente en aquello en que su bebé depende de ella**, y va a tratar de ignorar o de suprimir lo que se le escapa. Supervigilante, superconsciente de la fragilidad y de la dependencia de su bebé, puede fácilmente no ver más que eso, y olvidar que el bebé, dentro de su gran dependencia, tiene **desde el comienzo zonas en las que puede arreglarse solo**. Esas zonas se desarrollarán durante su crecimiento psíquico, es decir, a lo largo de toda su vida. Así, no se puede pensar que habría primero un tiempo de sostén desmesurado, de dependencia exclusiva, y que enseguida se manifiesten la independencia y la actividad. **Ambas están presentes desde el comienzo**, en proporciones diferentes que evolucionarán, seguramente, en el sentido global de mayor independencia. Una vez más, es necesario que la noción de **independencia haya sido reconocida como función y sostenida en su desarrollo**. No hay un tiempo "x" en que eso va a poder comenzar, sino que está presente desde el comienzo. El recién nacido que mueve los labios como mamando en sueños, pone en juego de manera autónoma un mecanismo que le permite continuar durmiendo. Así también, durante el día, esto le permite calmarse y esperar la llegada de la mamada. Nadie tiene necesidad de hacer eso por él; y diría más, si alguien lo hiciera, sería peligroso porque perjudicaría gravemente la construcción de esta función y la construcción paralela de su imagen de sí y de su autoestima, ligada a la confianza en sí mismo y en sus propias capacidades.

Muchos bebés se ven confrontados a la necesidad de desarrollarse contorneando la desventaja de la intrusión sistemática en su esfera personal. En función del nivel y de la frecuencia de esas intrusiones, esos "palos en la rueda" podrán llegar a ser verdaderos obstáculos en el desarrollo, equivalentes a una discapacidad. Felizmente, el dominio nunca es total. Y numerosas actividades del bebé escapan a la mirada de los otros y pueden al menos desarrollarse clandestinamente.

#### **IV. Cómo pensar la articulación de experiencias contradictorias.**

En resumen, los padres son confrontados a algo monumental que los obliga a transformar profundamente lo que han sido y, por si no bastara, deben al mismo tiempo hacer una cosa y su contraria!

¡Ésta es una "misión imposible" en la búsqueda de la cuadratura del círculo! Los padres deben situarse desde el comienzo en dos líneas radicalmente contradictorias. Hemos visto que era necesario para el bebé proseguir una gestación psíquica, y he aquí que ahora se trata al mismo tiempo, de impulsar lo que puede hacer solo. Se puede decir entonces que "contener no es suficiente", la contención debe ajustarse a la necesidad que tiene el bebé de poder utilizar su espacio personal: debe ser al mismo tiempo suficientemente "dejado" para tener la posibilidad de hacerlo.

#### **IV. 1. Resolver la paradoja.**

- **Para los padres, la única guía** que permite ajustar el soltar al bebé cuando está listo para hacerlo solo **es la atención** prestada al otro.

#### **La atención es lo que permite soltar sin soltar, soltar manteniendo la contención.**

La atención es lo que permite mantener un vínculo flexible y seguro y la articulación en un ritmo dúctil y ajustado donde no hay intrusión, invasión del espacio del otro, sino contención. Esto supone que el partenaire de la relación esté activamente presente de una manera particular: ser emocional y psíquicamente activo no significa obligatoriamente actuar. Hace falta que él mismo sea lo suficientemente sólido como para no tener necesidad de ser contenido por el bebé en una inversión de roles y lo suficientemente libre de depresión como para decir "fuera de peligro". Si uno se ahoga y no sabe nadar, no puede socorrer a nadie.

El trabajo en Loczy<sup>14</sup> ha mostrado el rol fundamental de **la atención para resolver la paradoja de la necesidad de participar sin actuar**. La vida en Loczy, para quien conoce un poco la atmósfera bulliciosa de las comunidades de niños, es de una calma asombrosa, no hay violencia ni conflictos. Cada uno, tanto los adultos como los niños, ha integrado un modelo de relaciones basadas en el respeto recíproco y privilegia la atención al otro y la observación.

Favorecer las experiencias autónomas permite el desarrollo de la capacidad creativa del niño y sienta las bases de su confianza en sí mismo, indisociable de la confianza en el mundo. Todo lo que impida que el niño desde su más tierna edad ponga en juego el teatro del descubrimiento, va a constituir

---

<sup>14</sup> La Asociación Internacional Pikler Loczy destaca el valor de la autonomía personal.

una traba fundamental al principio mismo del desarrollo autónomo y a su sentido profundo de creatividad y de construcción psíquica.

- El entorno debe proveer las condiciones de seguridad para **permitir al bebé un desarrollo autónomo**. Pero ¿qué hay de la autonomía al comienzo?

El bebé puede “elegir” succionar su lengua, pasarla entre sus labios, dirigirla hacia el exterior, apretarla, explorar el interior de su boca: tiene desde el inicio la capacidad de organizar, de poner en escena un **teatro de la boca** que prefigura las representaciones futuras (la palabra es común al mundo del teatro y al del psicoanálisis). El juego con la lengua le permite re-presentar, reproducir voluntariamente experiencias vividas: explorar alternancias de contacto y de ausencia de contacto es ya una manera de jugar a las escondidas. *Es necesario no descuidar la remarcable eficacia de esta herramienta de conocimiento del mundo: así, pues, variadas experiencias han mostrado que los bebés quienes se da a succionar tetinas de formas diferentes, sin que ellos las vean, serán capaces enseguida de reconocerlas de manera visual.*

Se sabe que desde el nacimiento el bebé es capaz de imitar el gesto de sacar la lengua; éste constituye uno de los primeros juegos del recién nacido. Este mismo juego se enriquece rápidamente con la participación de la mano, y de la misma manera permite experimentar la partida y el reencuentro.

Se ve bien a qué punto un bebé que haya tenido la libertad de ejercer su libre arbitrio en los movimientos, y haya tenido los medios para experimentar las consecuencias, construirá así los fundamentos de su seguridad interna. Y que toda traba, como impedirle succionar el pulgar, o toda coacción tendrá un efecto de traba sobre todo el desarrollo.

El bebé va a utilizar sus nuevas capacidades para descubrir el mundo con una nueva movilidad. La marcha le va a permitir explorar más lejos, con la ayuda de las manos. Va a poder enriquecer las representaciones de la utilización de accesorios, de palabras, de símbolos. **Ese teatro le permite expresar su propia voluntad.**

#### **IV. 2. Dos ejemplos clínicos.**

- **Carola**, cuya mamá es hiper ansiosa. Considera que su bebé no puede realizar nada sin ella y quiere ahorrarle todo sufrimiento, pero también toda dificultad o toda frustración.

Carola ha llegado así a ser experta en el arte de hacer mover a su madre. Es muy pasiva, no agarra los objetos, no juega con sus manos, y a los seis meses no manifiesta ninguna inclinación a sentarse, ni por moverse o desplazarse de alguna manera. Cuando se la sienta y desea cambiar de posición, simplemente se deja deslizar sobre el costado y espera que su madre la instale en una mejor posición. Su mamá ha dejado de trabajar para ocuparse de ella: con ese sistema está ocupada todo el tiempo y más aún!

A lo largo de nuestros encuentros, la mamá aprende a darse cuenta de cómo actúa ella misma, y a ver lo que hace su bebé. Comienza a poder dejar un tiempo de latencia antes de intervenir, y vemos a Carola comenzar a interesarse en lo que hace sola. Depende menos de los espectáculos de sonajeros, ositos, etc., que su madre organizaba para ella permanentemente.

Descubrimos que su vida está jalonada de rituales complejos que ocupan todo el tiempo de la mamá. Así, ella hace dormir a Carola rodeándole la cabeza con algunos peluches, cubierta por su mantilla preferida, con la que frota su nariz. La mamá me explica este ritual en el curso de una sesión en la que Carola tiene sueño. Ésta toma un peluche que forma parte del material de las sesiones, lo frota sobre su nariz y lo rechaza con un alarido de rabia. La mamá está destrozada y abrumada por la culpa de no haber traído sus peluches habituales sin los cuales piensa que Carola no podrá dormirse. Pero destacamos, y yo lo comento, que Carola ha tomado otro juguete, un cubo de espuma de goma blanda recubierta de tela. Le parece más conveniente y lo frota sobre su nariz cerrando los ojos. La mamá comprende entonces con mi ayuda que Carola tiene la capacidad autónoma de dormirse: trata activamente de reconstituir las condiciones mínimas habituales que le permitirán dormirse, encontrando un objeto con características táctiles similares a las de sus peluches de adormecerse. No tiene ninguna necesidad de que su madre la "haga dormir"; está en una prisión dorada en la que todos sus deseos son satisfechos aún antes de ser expresados. Sólo tiene que renunciar a ellos, incluyendo el experimentarlos, y remitirse a su madre para toda satisfacción.

Pero es de un círculo vicioso que se instala rápidamente, porque la pasividad del bebé refuerza la ilusión de la madre de ser indispensable, y de que

el bebé es incapaz. De hecho, enseguida el bebé devendrá incapaz porque es toda su construcción psíquica la que será obstaculizada.

- Un breve ejemplo que pone en evidencia, en mi opinión, este doble componente de **la atención que permite a la vez contener y dejar caer.**

En la visita de los 9 meses, el pediatra ha encontrado a Tim hipotónico y ha hablado de retraso psicomotriz; su mamá, muy inquieta, trata de estimularlo poniéndolo parado para incitarlo a caminar, o lo instala sentado, posición que él aún no domina, para impulsarlo a realizar más actividades con los objetos. He invitado a la mamá a poner a Tim sobre la alfombra y no en su sillita habitual. Cuando bascula sobre el costado, invito a la mamá a no volver a sentarlo y lo miramos juntas. La primera reacción de Tim es darse vuelta hacia su madre y ponerse a gritar. Sostenida por mí (y tal vez un poco impedida de actuar), ella no interviene y Tim se interesa por una pelota de mimbre puesta en un recipiente de plástico transparente. El objeto está un poco lejos de él, grita dirigiéndose a su madre. Comentamos su interés por el objeto y también el hábito que ha tomado de contar con su madre para acercarle los objetos deseados. Su interés aumenta y llega a aproximarse lo suficiente como para atrapar la pelota de mimbre. Pero la pelota gira en el recipiente sin que él pueda agarrarla. Se da vuelta nuevamente hacia su madre y se pone a gritar. Ella exclama "¡pero después me grita!" Tal parece ser el caso; su furor explosivo parece manifestarse en tanto su madre es para él responsable de todos los problemas del mundo y de todas sus frustraciones. Parece evidente que **él cuenta con ella de manera indefectible... pero que no cuenta consigo mismo.** Él se arrastra sobre sus brazos. La mamá lamenta que no parece cerca de marchar en cuatro patas. Tim se pone nervioso con la pelota, esta vez no con su madre, y llega a volcar el recipiente y a agarrar la pelota. Uf! La mamá lo felicita y hablamos de su satisfacción y su orgullo manifiestos. Pero cuando la empuja muy fuerte, la pelota gira... y abandona la alfombra. Es demasiado, Tim dirige un alarido furibundo a su madre.

Vamos a ser ayudadas por el azar asociado a la tecnología moderna: el padre, que estaba de viaje desde hacía unos días, telefona en ese momento y la madre lo hace partícipe de sus descubrimientos. Para responder al teléfono se aleja y se ubica en línea recta detrás de la pelota. Las vehementes protestas de Tim, que han seguido al alarido, parecen así dirigirse a la vez a la pelota y a su

madre. Ella comenta en directo al padre lo que hace Tim: "Es increíble, se diría que me pelea... me mira... bueno... pelea la pelota también. ¡Pero qué carácter! Deberías ver eso... Hace todo lo que puede para aproximarse. Tendrías que ver los esfuerzos que hace... Tiene unas ganas locas de ponerse en 4 patas, levanta la cola, pero no llega... Recomienda, te juro que se diría que va a andar en 4 patas... Oh! Listo, ha logrado avanzar arrastrándose sobre sus brazos... Avanza una pierna.... Oh! Listo, está andando. Es increíble, listo, anda en 4 patas! Llega a la pelota... la agarra... Oh listo... listo! Llegó!

Parece el comentario de un periodista deportivo. Sostenido por su padre y su madre, sus más fieles soportes, Tim agarra la pelota con una extraordinaria expresión de triunfo, sentado por primera vez solo, y agarra la pelota con las dos manos.

Es un momento de emoción intensa; es evidente que Tim está orgulloso de haber alcanzado su fin, y de haberlo hecho por sus propios medios. Sus padres están también orgullosos de él. Prosiguiendo con la analogía deportiva, es verosímil que un deportista que marca un tanto está más orgulloso de ello que aquél que ha visto el tanto marcado por un atleta de renombre!

Contrariamente a lo que se puede prever en un bebé diagnosticado como hipotónico, Tim caminará dos meses después.

#### **IV. 3. Las responsabilidades terapéuticas.**

Las aplicaciones prácticas, de las cuales no voy a hacer un catálogo, surgen del simple buen sentido.

Esto supone que "sólo" hay que ver al bebé. Como hemos visto en el ejemplo de Tim, es la ansiedad de la mamá, desgraciadamente reforzada por el pediatra, lo que le impide

Ver las posibilidades de su bebé. "Sólo ver" no es tan simple y supone condensar, aligerar el obstáculo que enceguece internamente; de eso se trata la ayuda que puede aportar un profesional.

A condición de que:

- sepa localizar los "enganches" y de modo general desencriptar el lenguaje corporal;
- que no intervenga en lugar de los padres, lo que los confirmaría en su incapacidad, así como la intervención en lugar del bebé vuelve a éste

pasivo y dependiente; como él, los padres perderían toda confianza en sus capacidades.

- que pueda sostener activamente la atención de los padres sobre el bebé y el apoyo en su propia capacidad de observación como clínico; ello supone respeto, atención, distancia respecto de los actos y compromiso emocional.
- que desarrolle medios de intervención no participativos, modalidades de interpretación no intrusivas, no exactamente interpretativas (como un trabajo de taller de psicoterapia).
- que sepa ver muy bien lo que hace el bebé sin apriorismos, y sobre todo si no comprende el sentido, que sepa abstenerse de darle un sentido, algo listo para llevar.

### **Conclusión.**

Tener como referencia el desarrollo "normal" del bebé, la situación de crisis "normal" de toda la familia, ver las disfunciones normales, ver la patología normal de la nueva familia permite no sólo relativizar diciéndose que ya pasará (el "es normal, así son los bebés", lo que no resuelve nada a nadie y deja a todos sin ayuda), sino que permite reconocer a veces en expresiones francamente patológicas una exageración de los fenómenos observados en las familias lambda.

No se cuida a los padres, se cuida la parentalidad, como lo mínimo suficiente para que el bebé pueda desarrollarse y fabricar lo que Cyrulnik llama resiliencia.

Con la condición de apoyarse en esos aspectos "normales", de ayudar a las familias a reconocerlos como aspectos sanos de sí mismas con los cuales pueden contar y a los cuales se va a ayudar a desarrollar; se puede así salir del dilema de ni tanto ni tan poco que determina la cuadratura del círculo de la parentalidad.

Traducción: Lic. A. C. Bisson

[cristinabisson@gmail.com](mailto:cristinabisson@gmail.com)

Descriptores: atención, dependencia, depresión post parto, parentalidad.

## Bibliografía

Bick, E.: Enseñanza oral traducida por M. Haag en "À propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs. Bick ». Tirage privé 18, rue Emile Duclaux Paris XV.

Bick, E. (1967) : « Le vécu de la peau dans les toutes premières relations d'objet », traducido por G. Haag en D. Meltzer : *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 1980.

Bick, E. (1967) : « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », en Meltzer, D. : *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 1988.

Harris, M. y Bick, E. : *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Ed. du Hublot, Paris, 1998.

Laplanche, J. et Pontalis, J.B. : *Vocabulaire de la Psychanalyse*, PUF, Paris, 1981.

Magagna, J. : « Observation d'un nourrisson avec Esther Bick » en *Journal de Psychanalyse d'enfant*, N° 12, Bayard Editions.

Prat, R.(2008) : *Maman-bébé : duo ou duel ?* Érès, Col. La vie de l'enfant, Paris, 2008, 161 p.

Winnicott, D. (1956) : « La préoccupation maternelle primaire », en *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1980.

Cramer, B. y Palacio Espasa (1993) : *La pratique des psychothérapies mères bébés*, PUF, Le Fil Rouge, 1993.

## Resumen:

La parentalidad se considera aquí como una crisis de identidad resultante del traumatismo de la percepción de la dependencia total del bebé respecto de sus padres. El psiquismo parental supone pues una mutación profunda. Las necesidades del bebé van a ser vistas a la luz de la contradicción entre ser rodeado y contenido estrechamente y al mismo tiempo tener permitido realizar las propias experiencias en una autonomía sin trabas: la cuadratura del círculo o la misión imposible de la parentalidad va a ser explorada tanto en los aspectos

banales de la experiencia de todo padre como en la patología. El desarrollo de las capacidades de atención permite acceder a vías de resolución de esa paradoja particularmente útiles como herramientas terapéuticas.