

HISTORIAS DEL PASADO: ¿TRABAJO DE UN PRESENTE EN ROTACION?¹

Psic. Victor Guerra²

Es un privilegio poder compartir en esta oportunidad algunas reflexiones sobre B. Cramer y mi experiencia en el campo de las intervenciones terapéuticas padres-bebe.

Desearía enunciar el propósito de este trabajo, donde aspiro a poder transmitir algunos aspectos que me resultaron relevantes de la extensa trayectoria teórica y clínica de este autor, así como mis cuestionamientos al respecto, y como eso se confronta con mi forma de posicionarme ante una consulta terapéutica con un niño pequeño y sus padres.

Quiero hacer hincapié en aquellos puntos que hicieron mayor efecto en mi práctica.

He conocido -ya hace años- uno de los primeros trabajos de este autor que se tituló "Intervenciones terapéuticas breves con padres y niños", publicado en 1974 y recuerdo haber quedado francamente impresionado con la capacidad clínica de desarrollar su labor terapéutica en pocas sesiones (seis) con una niña de diez años que padecía una fobia escolar. Asimismo en ese trabajo habla de su experiencia clínica con tempranos y comienza a esbozar el campo de trabajo en la interacción al hablamos de

1. Trabajo presentado en las Jornadas Preparatorias organizadas por AUDEPP, por la visita de B. Cramer.

2. Alfredo Baldomir 2442, apto. 202. Tel. 709 44 55. E mail: factori@adinet.com.uy

que su tarea se centraba sobre las interacciones circulares entre padres e hijos.

Conceptualizaba en ese momento a las fantasías proyectadas sobre el niño, como **fenómenos transicionales que generaban un espacio imaginario, que favorecía la ilusión de revivir su relación precoz con el objeto materno real o ideal.**

Todo esto abría un campo insospechado para mí, y por mi inquietud por el trabajo con la primera infancia desde una perspectiva preventiva y terapéutica.

A través de la lectura de otros autores como D. Stern, B. Brazelton y S. Lebovici, fui a su vez observando la relevancia de este autor en el campo de la primera infancia.

Otro trabajo fundamental para mí fue: "Bases clínicas de la psiquiatría del bebe" (1985), escrito en conjunto con L.Kreisler, donde desarrollaron allí un concepto nodal como el de la **interacción real y fantaseada**, y un esbozo de clasificación de la patología de la primera infancia, que a mi juicio mantiene plena vigencia.

Con el tiempo otros trabajos fueron llegando a mis manos y en todos ellos se incluía mi admiración con su sagacidad clínica. Por ej. el trabajo que realizara junto con Daniel Stern (1988) sobre el caso de una beba de 10 meses, donde D. Stern realizaba el análisis comportamental de los cambios en la díada, a partir de la labor terapéutica de B. Cramer. Allí se esboza una idea clínica muy interesante como la de tratar de entender el funcionamiento de la díada a partir del concepto de: "**tema fantasmático-tema interactivo**" (que lo considero una ampliación de la idea sobre interacción real y fantaseada). Este concepto le sirve para entender cómo ciertas representaciones son materializadas en la interacción, donde el comportamiento manifiesto de la madre permite mediatizar sus fantasmas. Dichos temas fantasmáticos son desarrollados a partir de recuerdos y aspiraciones específicas o generalizadas en relación a diferentes sucesos pasados, por ej. sobre la propia infancia materna.

Estos temas fantasmáticos son reactualizados en el contacto con su bebe, y proyectados en un modelo comportamental interactivo. Dicen los autores: "*Llamaremos a esta puesta en acto del tema fantasmático, el "tema interactivo". El tema interactivo es una de las realizaciones comportamentales posibles del tema fantasmático... El tema interactivo es una unidad representacional - comportamental*".

Después se fueron sucediendo otros textos y libros de B.Cramer, donde sabemos que una de las constantes esenciales era el trabajo sobre las representaciones maternas orientadas a su pasado infantil. Y a la par que admiración, emergía en mí algo que seguramente le pasó a otros en la misma situación.

Cuando uno trataba de implementar esos aspectos tan subyugantes de la técnica como el de poder abrir la historia de los fantasmas que rodean la cuna del bebé, me encontraba muchas veces con que la puerta estaba cerrada y si bien “sentía” el ruido que delataba la presencia de dichos fantasmas, los padres muchas veces, empecinadamente, deseaban mantenerlas cerradas, guardando sus vivencias como un doloroso tesoro personal.

Una de mis primeras reacciones era el pensar que sin duda yo era muy torpe, y no portaba la calidad de este hombre, ni su sagacidad clínica. Tal vez no había encontrado aún, la llave adecuada para abrir las compuertas de esas historias. De la depresión salía muchas veces con la ilusión que tal vez con el tiempo me llegara ese “don” para poder hacer una tarea de ese tipo.

Lamentablemente el tiempo en esa ocasión no estaba de mi lado.

Pasó el tiempo, fui haciendo mi propia experiencia junto a otras personas y fui descubriendo primero con el grupo que investigó el tratamiento madre y bebés con trastornos de sueño que coordinara Mercedes Garbarino, y después por mi propia experiencia, que en algunos casos se lograban cambios importantes sin necesariamente trabajar esos aspectos de la historia materna.

Si bien fui viviendo también la experiencia clínica de que algunos padres me permitían compartir con ellos la intimidad de su historia psíquica y desde allí re-veer esos visitantes del pasado que se alojaban en la figura de su bebé, debo resaltar que eran la minoría de los casos que me consultaban.

A partir de allí fui pensando y cuestionando mi trabajo con bebés y tempranos en torno al peso central o no en el trabajo clínico, de tener que abrir necesariamente el pasado infantil materno. Fui captando cómo los padres tenían una necesidad imperiosa de hablar de lo que pasaba en su presente. Presente que como bien dice B. Cramer queda desarticulado cuando el síntoma del bebé lo torna portador de lo siniestro, de lo desconocido.

Pero este punto ha sido y es fuente de interrogación para mí, tanto

en la consulta privada como la que realizo desde el jardín de infantes "Maternalito".

He pensado en diferentes factores, pero aquí querría reflexionar sobre uno. En primer lugar, en nuestro medio, ha sido y ahora creo es aún más difícil que los padres realicen una consulta terapéutica por un bebé, y no creo que la motivación sea centralmente económica. No, considero que entran en juego dinamismos psíquicos de particular relevancia. La transferencia entendida en este caso como demanda de un saber, queda instalada en relación con el Pediatra y no con el Psicólogo. Como sabemos la posibilidad de derivación de un bebé desde un Pediatra es terreno difícil y es una tarea a desarrollar que mucho depende también de nosotros mismos.

Entonces si el primer vínculo prioritario es con el Pediatra, en el caso que lleguen a una consulta la expectativa de los padres es de que se repita con nosotros un tipo particular de vínculo en el cual "el Doctor." contesta y orienta sin internarse en los laberintos del psiquismo.

El presente y el futuro del desarrollo del bebé dominan la escena de la consulta.

Considero que este particular manejo de lo temporal se desplaza en una posible consulta con nosotros, donde por cierto el desafío nuestro (tal cual lo enseña Cramer) es abrir otros registros del psiquismo parental.

EL SINTOMA Y EL "LUGAR" DE LOS PADRES

Y es aquí donde se me fue planteando una diferencia con B. Cramer, ya que esa apertura de registro no necesariamente debe tener sólo a la madre como referente y al pasado como destino. He ido aprendiendo que los padres (y jerarquizo también al padre) vienen padeciendo una crisis narcisista, en la cual queda jaqueado su lugar de saber sobre el hijo. Porque ¿qué es lo que define el lugar de madre y padre si no es en parte el de portar la ilusión de que son ellos los que realmente saben lo que le acontece a su hijo? Así, fui pensando que el síntoma del bebé desaloja a los padres de ese "lugar" de y que ellos en la consulta vienen buscando recuperar ese saber, ese "lugar" perdido.

Es ese registro el cual muchas veces necesita ser jerarquizado, abierto y trabajado en la amplitud posible del espectro vivencial del deseo puesto en juego en ese hijo y en la función parental.

Tomemos dos ejemplos al respecto.

S. Lebovici en un hermoso trabajo de 1980 nos trae el ejemplo de una consulta con unos padres y una beba que padece trastornos de sueño, donde los padres dicen en su primera frase: "*venimos porque no logramos hacer dormir a nuestra hija*". Donde S. Lebovici se aboca a abrir el registro de esa frase en relación primariamente a la interacción con la beba y el procesamiento de la ausencia, y secundariamente en relación a la historia de los padres.

También B. Cramer en "De profesión bebé" nos trae el caso de la señora Marin y su hija Marie donde en los primeros 10 minutos de sesión la madre cuatro veces repite que no comprende la razón del comportamiento de su beba, y que eso la intriga y la sorprende. "*Las actuaciones de Marie son un enigma que supera su entendimiento*"

Cramer relaciona esta angustia en los padres con el concepto freudiano de "*umheimlich*", lo siniestro. En relación a que la inquietante extrañeza se debe a la "*aparición furtiva de fantasmas que surgen del pasado de la madre...*"

Es aquí donde manifiesto mi discrepancia con este autor, y me pregunto, ¿será siempre así? ¿Es el resurgimiento del pasado? ¿O deberíamos estar abiertos a lo incierto que pueda traernos la madre en torno a qué valor subjetivo tiene ese síntoma, no sólo a la luz de su pasado, sino a sus vivencias del presente, por ej. a los sucesos perinatales, a lo imprevisto de la significación que tiene ese suceso actual, a la pérdida de su lugar de saber sobre su bebé, etc., etc.

Avanzando un trecho mas me he venido planteando a partir de la experiencia clínica donde se observan cambios en los sintoma precoces de niños pequeños sin haber podido incursionar en la historia materna, si más bien no habrá que seguir a los padres por el camino que ellos nos proponen. Es decir, tratar de ir descubriendo qué escenas de la cotidianeidad son las que generan mayor angustia e inquietante extrañeza en ellos y desde allí trabajar el espesor vivencial de la situación. Con la premisa fundamental que ya he señalado que los padres necesitan recuperar su lugar de saber sobre su hijo, de manera que el papel de la interpretación pasa a segundo plano, **tratando de jerarquizar la escucha del (des)encuentro madre-bebé, la colisión existente entre el bebé real y el fantaseado, entre la madre real y la madre ideal, así como el lugar del padre en el deseo materno.**

VIÑETA CLÍNICA

Quiero ejemplificar las interrogantes planteadas a través de un caso que atendí de una beba que llamaremos Lucía de 10 meses. La consulta fue planteada por los trastornos de alimentación de Lucía que podríamos denominar como anorexia del lactante. La beba ingería muy poco alimento, rechazaba los sólidos, apenas tomaba la mamadera y todavía se mantenía la lactancia sobre todo antes de dormir dada la poca cantidad de leche materna.

La consulta se fue desarrollando a lo largo de 9 sesiones, realizándose luego otras más como parte del seguimiento del caso.

En este caso opté por trabajar en un encuadre abierto semanal, donde tenía una sesión en mi consultorio con la madre y a veces con ella y su esposo, y a la semana siguiente en la casa de ellos preferentemente a la hora en la cual Lucía almorzaba. Esta decisión surgió en mí en relación al tipo de síntoma presente, dado que yo quería observar “in situ” las características de la interacción padres-hija durante la alimentación. Conté para ello con el acuerdo y la apertura de ambos padres.

Por razones de brevedad diré que en las sesiones que trabajaba solamente con la madre ésta se abocaba a hablar de sus vivencias más personales en relación a sí misma como madre, así como a discrepancias con el padre, a su angustia y ambivalencia con Lucía.

También fueron abriéndose algunos aspectos de su historia personal que estaban en directa relación con el síntoma. Como el hecho de que ella había tenido una hermana que se había suicidado ingiriendo medicación, lo que le generaba aún un gran dolor y culpabilidad ya que ella estaba en el exterior y suponía que estando en Montevideo podría haberla ayudado de alguna forma en evitar ese desenlace fatal.

También es necesario señalar el hecho de que esta hermana sufría de anorexia y que en el curso de las asociaciones, ella pudo establecer un nexo entre la fragilidad de su hermana y la de su beba. Como ella intentaba evitar la repetición y reparar a su hermana en la figura de su beba.

Hasta ahora el caso parecía “de libro”, pero en mi contratransferencia se daba una cierta sensación de incomodidad. Parecía todo “muy redondo”, entendido, interpretado (debo hacer constar que la madre había tenido un tratamiento psicoterapéutico fallido tiempo atrás), pero el síntoma se mantenía y la desesperación materna se acrecentaba.

Fue creciendo en mí la idea de que si me centraba demasiado en la historia y en el personaje de la hermana traspuesto en su beba, más “alimentaba” la culpa y la rigidez materna. Creí entender que la ambivalencia hacia esa hermana era un punto central que no se podría desplegar en pocas sesiones. Pero ella además se negaba a tener otro tipo de tratamiento para ella misma. Debo confesar que por momentos me ganaba la desesperación, y es desde allí que pasé a jerarquizar especialmente el trabajo en el hogar sobre la interacción con Lucía.

Hoy a la distancia pienso si esa situación mía de estar “luchando” y “ayudando” desde cerca, en el hogar, ¿no sería vivido por la madre como que estaba realizando lo que ella no pudo hacer “in situ” con su hermana?

Pero pensemos ahora en Lucía por sí misma. Esta beba aparecía como muy vital y persistente, desbordando vida por los poros. Es así que fui pensando que esta madre no podía tolerar reconocerse feliz, teniendo una beba vital, por lo que debía cargarla de muerté para sufrir algo de lo que sufrió su hermana.

Teniendo esta idea en la mente pero con la certeza interna que no podía interpretarla porque sería una forma de reactivar la culpa, pasé a marcar el desencuentro de ritmos de la madre con su hija, y cómo las dificultades entre ellas estaban en relación a lo que ellas junto al padre estaban construyendo en este nuevo vínculo.

Le señalaba cómo estaba presente una forma de hiperestimulación al no darle su tiempo de experimentar y jugar con la comida. Más se apuraba la madre y más la beba cerraba su boquita. Fui sintiendo que ante este tipo de intervenciones parecía haber más apertura a cambios en la madre, que al internarnos a trabajar como tema fantasmático la relación con su hermana y su madre.

El padre por su parte se mantenía en una posición más pasiva aunque participaba con amor e interés del cuidado de su hija. Intento abrir un espacio de escucha sobre la necesidad de la beba de su participación, y a medida que se suceden las sesiones trato de que él se incluya más directamente en la alimentación y los juegos con Lucía.

Fui observando que especialmente en la madre resultaba esclarecedor que yo le señalara sus desencuentros con su hija en tanto lo hiciera hablando como si fuera la hija³. Parecía asisitir a una presentación diferen-

3. *Elemento técnico que surgió de la experiencia de trabajo con Felicia Freifeld en el grupo de trabajo que coordinara M. Garbarino (1992) sobre «Terapias madre-bebé con trastornos de sueño».*

te de su beba, abriéndose un espacio representacional diferente sobre la misma.

Así el síntoma fue cediendo, a la par que la madre podía empezar a disfrutar del vínculo con su hija, dejando un mayor espacio para los aportes del padre.

Pero en mí quedaron diferentes interrogantes. Por ej.: ¿qué fue lo que hizo cambiar a la madre? Sigue cobrando fuerza en mí la idea del eje trabajado en torno a la presentación de una beba diferente en la interacción, pero pasando estar yo habitado por el fantasma de la hermana muerta. Es decir, que yo señalara que la beba “no era una **muerta de hambre**, pero que ahora estaba más abierta para recibir la comida de mamá”.

¿Sería abrir un espacio de interjuego donde el pasado envolvía el presente de forma invisible, sin nombrarlo directamente?

PRESENTE EN ROTACION

En este momento, para intentar aproximar una respuesta a la pregunta, apelo a un poeta, O. Paz (1970), quien nos dice: “*Ni adentro ni afuera, ni antes ni después: el pasado reaparece porque es un presente oculto. Hablo del verdadero pasado, que no es lo mismo “que lo que pasó: las fechas, los personajes y todo eso que llamamos historia. Aquello que pasó, efectivamente pasó, pero hay algo que no pasa, algo que pasa sin pasar del todo, perpetuo presente en rotación”.*

Sostengo que aquello del pasado que condiciona -parcialmente- el presente se encuentra en ese algo que queda detenido en un “perpetuo presente en rotación”, metáfora que nos habla de un movimiento trunco, interacción repetitiva y estéril. Creo que es desde allí que tenemos que atender la interacción. Volviendo a la viñeta señalada, desde mi perspectiva creo que un factor de cambio fundamental fue el haber trabajado (como tema interactivo) los momentos en que la madre alimentaba a su beba con inusitada intensidad sin entender porqué su hija cerraba la boca al alimento.

Pienso que en esa secuencia interactiva sintomática veíamos la fuerza de un pasado, que en ese “*presente en rotación*” parecía hacer perpetuo el desencuentro en la díada. Centrándome en ese presente detenido, creo que mis intervenciones oficiaban de “**presentación**” de una nueva imagen

mental de su hija y de sí misma como madre, en interacción también con el padre. Donde el poder contener por un lado y posibilitar la apertura de un nuevo registro de lo que el padre podía aportar, oficiaría como un eslabón más en la posible resignificación del lugar del tercero en relación a su hija y a ella misma.

Entonces en este caso clínico ubicaría **tres ejes** de potencialidad terapéutica:

- 1) el trabajo con el pasado materno (su ubicación en la genealogía femenina),**
- 2) el aquí y ahora de la interacción con la beba (temas interactivos),**
- 3) la reubicación del lugar del padre.**

Tal vez podría pensar en el hilo de mis asociaciones, que **incursionar en los terrenos de la historia materna descontamina la imagen de la hija y deja abierto el campo para la presentación y resignificación (en transferencia con el analista) de la imagen de la beba. Y sería en el descubrimiento de lo nuevo -y no en el develamiento del pasado- donde radicaría la esencia del efecto de un cambio.**

EL ORIGEN Y EL DESTINO

Pero claro, yo no poseo los medios como para aseverar categóricamente estos planteos clínicos. Deseo resaltar que aún cuando no se pueda (o yo no me permita) incursionar en las historias ocultas de los casos que tratamos, la teorización de B. Cramer para mí tiene plena vigencia. Allí se convocan diferentes temáticas como: los enigmas del origen, la filiación, la paternidad, la maternidad, el destino, etc..

En lo personal pienso que el psicoanálisis no basta para abordar el universo de significados que genera el trabajo con estos conceptos. Creo que muchas veces debemos escuchar a otros que desde otras disciplinas nos brindan un acercamiento diferente de la experiencia humana. En este caso me refiero a la poeta Olga Orozco (1994) quien en un poema al referirse a los enigmas del origen dice:

Yo me pregunto, entonces:

Más tarde o más temprano, mirado desde arriba,

*¿Cuál es en el recuento final, el verdadero, el intocable destino?
¿El que quise y no fue?, ¿el que no quise y fue?*

*Madre, madre,
Vuelve a erigir la casa y bordemos la historia.
Vuelve a contar mi vida.*

Vamos aprendiendo que en esa nueva chance que da la vida a través de la gestación de un hijo, emerge la ilusión de darle un nuevo rumbo al “*intocable destino*”.

Desde el lejano horizonte de la infancia, la niña que la madre no fue, reclama un lugar de existencia en ese hijo/a que viene plagado de anhelos y fantasías. El complejo entramado que conforma la vida de cada sujeto hace que muchas veces dichos anhelos, se vean frustrados y se tornen factores determinantes de los síntomas en su bebé.

Bertrand Cramer -desde su particular perspectiva- nos transmite la esperanza de que es posible reveer los espectros del destino. Es él quien le pide a una madre que vuelva otra vez “*a contar su vida*”, que erija en el espacio de la sesión, la casa de su infancia y que convocando nuevamente a la historia se puede rearmar una trama, desde la cual el bebé pueda acceder a una existencia menos ligada al dolor de quienes lo gestaron.

¿Será realmente así...?

Dentro de unos días tendremos el privilegio de escuchar la versión que B. Cramer nos dará de esa historia inefable -que en su particular trazo afectivo- escriben y reescriben día a día los padres y sus bebés.

BIBLIOGRAFÍA

- CRAMER, B. (1974). “Intervention thérapeutiques breves avec parents-enfants”. *Psychiatrie de l’enfant*, Vol. XVII, 1.
- CRAMER, B.; STERN, D. (1988). “Evaluation des changements relationels au cours d’une psychothérapie breve mère-nourisson”, en “*Psychiatrie du bébé: nouvelles frontières*”. París.
- CRAMER, B. (1990). “De profesión bebé”. Ed. Urano.

- CRAMER, B. (1991). "Les thérapies spécifiques et la consultation thérapeutique" en Psychopathologie du bébé, S. Lebovici et F. Weil-Halpern, P.U.F.
- CRAMER, B. y PALACIO ESPASA, F. (1993). "Técnicas psicoterápicas mae-bebé". Ed. Artes Médicas.
- CRAMER, B. (1997). "Segredos femininos de mae para filha". Ed. Artes Médicas.
- CRAMER, B. (1999). "Que deviendront nos bébés". Ed. O. Jacob, Paris.
- GARBARINO, M. y COL. (1992). "Interacción temprana, investigación y terapéutica breve". Ed. Roca Viva.
- LEBOVICI, S. (1980). "Contribución del psicoanálisis infantil al conocimiento y a la acción en niños pequeños y familias carenciadas". Rev. APPIA, Vol. 7
- KREISLER, L. y CRAMER, B. (1985). "Les bases cliniques de la psychiatrie du nourisson" en S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, T. II.
- PAZ, O. (1970). "Posdata". Ed. F.C.E., México.
- OROZCO, O. (1994). "Les yeux son faits" en "Relámpagos de lo invisible". Ed. F.C.E., Argentina.