

Las estructuras subyacentes de interacción como precursores de la mentalización

Desde la investigación en infantes hasta el tratamiento de adultos¹



MARINA ALTMANN DE LITVAN²

¿De qué manera los clínicos podemos obtener beneficios de la observación y la investigación de infantes? Múltiples son las ventanas desde las que podemos explorar «el despertar de la vida mental» en estas etapas tempranas.

En este trabajo enfatizo el lugar de las estructuras subyacentes de interacción como formas prerreflexivas, precursoras de los procesos de mentalización. En un trabajo anterior destacaba la asociación de estos procesos al desarrollo del «sí mismo» en el infante, a partir del análisis de un caso (Altmann de Litvan, 2014a).

Distintos autores (Bakeman y Brown, 1977; Beebe, Jaffe, Feldstein, Mays y Alson, 1985; Cohn y Tronick, 1989; Field, 1981; Stern, 1985; Tronick, 1989) han establecido que mucho antes de que el lenguaje verbal se desarrolle, en el primer año de vida, hay muchos sistemas de reglas compartidos para la regulación de la acción conjunta, y que los bebés forman expectativas de eventos predecibles de la conducta de los otros (DeCasper

- 1 En este trabajo se presentan resultados que forman parte de la tesis doctoral *Estructuras relacionales subyacentes en procesos psicoterapéuticos breves madre-bebé* (Altmann de Litvan, 2013); tutores: Prof. Peter Fonagy y Prof. Em. Adela Leibovich de Duarte.
- 2 Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay; Chair del Comité de Observación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional. marina.altmann@gmail.com

y Carstens, 1980; DeCasper y Fifer, 1980; DeCasper y Spence, 1986; Emde, 1988; Haith, Hazan y Goodman, 1988), y estas expectativas que operan tan tempranamente tienen una enorme influencia en la organización de la experiencia (Fagen, Ohr, Singer y Klein, 1989).

Por ejemplo, Trevarthen (1993, 1998) adopta la posición de que la intersubjetividad en la infancia es inicialmente preverbal. Las madres logran animar, prohibir o rechazar a sus infantes antes de que puedan hablar. Trevarthen (1998) sostiene que los infantes muestran antes de la adquisición del lenguaje una conciencia de los sentimientos y propósitos del otro, que se da de forma intuitiva, es innata y puede o no tener elaboraciones cognitivas o simbólicas (Trevarthen, 1998, p. 17). Este potencial, que es el núcleo de la conciencia humana para tener una relación comunicativa con la mente del otro, es inmediato, irracional, no verbalizado, no conceptual y no teórico (Trevarthen, 1993, p. 122). Las dimensiones básicas mediante las cuales tiene lugar la coordinación intersubjetiva son el tiempo, la forma y la intensidad, que los neonatos pueden percibir.

Es entonces a través del componente interpersonal —patrones de interacción— que se van organizando las diferentes experiencias del sujeto. Estos patrones son modos característicos de regulación interactiva y del niño consigo mismo que él reconoce, recuerda y espera, de tal manera que se puedan predecir regulaciones de interacciones; así, el niño puede crear expectativas que le permitan organizar su experiencia de sí mismo y de los otros.

En la elaboración de mi tesis de doctorado, a partir del análisis de procesos psicoterapéuticos breves madre-bebé y su análisis empírico, pude llegar —utilizando el modelo matemático de series temporales— a mapear las diferentes estructuras relacionales subyacentes de cada día madre-bebé en el contexto de dicho tratamiento. De esta manera fue posible, para cada día, descubrir los patrones no verbales de interacción, así como las diferentes relaciones, existentes o no, entre lo no verbal y las narrativas verbales.

Fue sorprendente encontrar que cada día tenía una manera única y particular de establecer *modos de relación* no verbales, así como características singulares en los cruces entre los sistemas verbales y no verbales. Para encontrar el sentido de estos patrones de interacción fue necesario analizarlos también en el nivel clínico.

Son estos hallazgos los que me abrieron nuevas preguntas, que se corroboran, descartan o enriquecen a la luz de lo que como analistas encontramos en la clínica a través de nuestro trabajo transferencial y contratransferencial. Es salirnos de una mente inconsciente modelada principalmente por la peripecia edípica para encontrarnos con lo que algunos autores han llamado «lo arcaico», huellas o estigmas que encontramos en el análisis de pacientes adultos. Estos se actualizan en ciertos momentos por la emergencia de estados afectivos y reacciones corporales que aparecen de forma desproporcionada o arbitraria y sin un contenido representacional expresivo que los explique. Nos salimos de un inconsciente unipersonal fijado a fuentes infantiles para detenernos a explorar el campo bipersonal inconsciente (Baranger et al., 1983) con otras metodologías.

Fue el pensamiento kleiniano el que puso el énfasis entre los doce y los dieciocho meses de vida. La intensidad del contacto en las etapas tempranas del desarrollo está poblada de vivencias contratransferenciales, como bien lo han descrito en numerosos trabajos con el vínculo madre-bebé desde la perspectiva de Esther Bick.

Pocos pensadores psicoanalíticos —con la clara excepción de Winnicott y parcialmente de Mahler, dado que realiza pocas observaciones de niños menores de un año— han hecho investigaciones extensivas de niños pequeños y tienen experiencia directa con este tipo de material. Cuando uno trabaja con edades tempranas, acumula un conocimiento que es potencialmente relevante para el psicoanálisis porque es un importante generador de hipótesis. En un trabajo anterior señalaba la importancia de incluir estas aproximaciones en la formación de los analistas (de Litvan, 2007).

Al investigar las estructuras preverbales y prerreflexivas del bebé de doce a catorce meses con su madre y los procesos reflexivos de estas en el marco de un tratamiento psicoterapéutico breve para díadas en las que los bebés sufren asma, me hice tres preguntas fundamentales. En primer lugar, ¿es posible identificar estructuras preverbales y prerreflexivas subyacentes en los vínculos madre-bebé? Si es así, ¿existen patrones subyacentes de interacción comunes en las díadas madre-bebé, en infantes de un año de edad que sufren de asma? ¿Qué aporta el conocimiento de estas estructuras preverbales y prerreflexivas de la interacción madre-bebé a la clínica? En este trabajo me propongo, a partir de lo encontrado en la investigación,

pensar cómo este tipo de fenómenos se pueden encontrar y abordar en la clínica psicoanalítica de adultos y adolescentes.

DESDE LA INVESTIGACIÓN EN INFANTES...

Para la investigación desarrollada en la tesis se analizó el material clínico videofilmado y transcripto de dos sesiones de procesos psicoterapéuticos breves de tres díadas en dos niveles: nivel clínico y nivel empírico. En el **nivel clínico** se observan interacciones, tanto verbales como no verbales, y se describen. Se hace especial énfasis en el juego, que es la forma natural de expresión en el niño, así como un medio privilegiado de intercambio con el analista, en el que a través de la expresión de deseos, ansiedades, fantasías, defensas y relaciones de objeto, podemos evaluar el nivel de desarrollo, habilidades y la organización de su personalidad. En el **nivel empírico** se utilizó la filmación y transcripción de la primera y la tercera entrevistas, y se realizó un análisis microanalítico utilizando dos instrumentos, que fueron aplicados a cada segmento de 150 palabras de estas entrevistas psicoterapéuticas.

Se utilizó la *Escala de Apego en situaciones de estrés de Massie y Campbell* (Massie y Campbell, 1983) para medir la interacción no verbal entre la madre y su bebé, analizando el sostén, las vocalizaciones, las miradas, la búsqueda de contacto, el rechazo del contacto físico, la proximidad y el afecto.

La interacción verbal entre madre y terapeuta se analizó con el *Modelo de los ciclos psicoterapéuticos* (Mergenthaler y Bucci, 1999), teniendo en cuenta para este estudio la actividad referencial, el tono emocional y las palabras abstractas. La *actividad referencial* se define como la actividad del sistema de conexiones referenciales entre las representaciones verbales y no verbales. Las medidas de actividad referencial captan el grado en el que un hablante es capaz de traducir la experiencia en palabras de manera que estas evoquen las experiencias correspondientes en quien escucha. Muestra en qué medida la experiencia no verbal, incluyendo lo emocional, puede ser activada en la mente del hablante mientras este genera su discurso; el «tono emocional» mide la densidad de las palabras con contenido emocional en determinada unidad de texto, y esto sirve como un indicador de la activación del esquema emocional y las *palabras abstractas* miden la densidad de los sustantivos abstractos y sirven como indicador del proceso reflexivo.

Para identificar empíricamente estas estructuras preverbales, a las que llamamos *patrones de interacción*, fue utilizado el análisis matemático de series temporales de Box y Jenkins (1970), que nos permitía inferir la conducta en un momento t en base a la conducta de momentos anteriores $t-1$.

Mediante el estudio de estas interacciones que se dan momento a momento entre madre y bebé, y el intercambio verbal entre madre y terapeuta en un proceso psicoterapéutico breve, podemos llegar —con el uso de instrumentos y un procedimiento matemático— a identificar sus patrones de interacción, entendidos estos como las regularidades en las respuestas de la madre hacia su hijo y del bebé hacia la madre.

Este pasaje de un nivel a otro y el análisis en forma separada de la interacción verbal y la no verbal nos permiten prestar atención de forma pormenorizada a los microprocesos e inferir cómo suponemos que se podrían ir dando los procesos de mentalización.

¿QUÉ SE ENCONTRÓ EN LA INVESTIGACIÓN?

El primer hallazgo a destacar es que se encontró que cada uno de los tres casos estudiados presenta un patrón de interacción singular y diferente a los demás. Esto estaría en concordancia con lo planteado por Tronick (2003) sobre la unicidad de las relaciones. A partir del análisis microanalítico, se pudo observar la diferencia en el relacionamiento del infante con la madre y con el psicoterapeuta: se constató la iniciativa del niño, al año de edad, de buscar otra forma de relacionarse con otra persona.

En segundo lugar, cada patrón es único. Solamente se encontraron tres patrones comunes: dos compartidos entre dos díadas (sostén recíproco madre-bebé y proximidad del bebé que aumenta la probabilidad de ocurrencia de vocalización de la madre hacia el hijo) y uno entre una de estas díadas y la tercera (búsqueda de contacto recíproco entre bebé y madre). Dos de las tres díadas estudiadas no tienen ningún patrón en común. En estas dos díadas, las madres sufrieron situaciones de violencia y abandono. Estas dos madres tienen un espectro de patología dado por sus historias.

A su vez, encontré que son las variables relacionadas con el contacto físico —más que las de miradas y afectos— las que se observan en la sesión psicoterapéutica formando los patrones. Esto puede deberse a la etapa del desarrollo

en la que están estos infantes, dado que ya tienen autonomía, se desplazan por la sala, juegan. Por su parte, la madre está en diálogo con el psicoterapeuta y a su vez debe poner algunos límites a la exploración del niño.

La primacía del canal del tacto conduce a la pregunta sobre el papel de la prensión en el contexto vincular, esta actividad prenatal del bebé, el uso de su cuerpo y el uso del espacio. Estos se encuentran ligados, jugando un papel importantísimo por sus efectos en la estructuración del bebé. El niño de un año ya se puede desplazar (gateando o caminando); agarra objetos, los cuales suele llevarse a la boca (actividad propia de su sexualidad oral y cognitiva) e interesarse en su forma, en su sabor y, a la vez, en cómo se mueven cuando los agarra, se los lleva a la boca, etc. El bebé es más dueño de sus movimientos, al mismo tiempo que con su posición erguida tiene una forma diferente de vivenciar su cuerpo y a sí mismo en el espacio. Presenta nuevas experiencias de autosostén en distintos planos del espacio y en la exploración por sí mismo de los objetos (prensión) y con las personas. «Agarrarse de otro» implica aceptar una forma de relación con un adulto en el movimiento y el desplazamiento en el espacio.

En este sentido, Beebe et al. (2010) señalan que a pesar de que la mayoría de las investigaciones se focalizan en la comunicación visual, vocal y facial, el tacto materno está inserto en el intercambio cara a cara. El tacto materno puede compensar cuando la comunicación facial o vocal no están disponibles, como en el experimento de la *still face* (Pelaez-Nogueras, Field, Hossain y Pickens, 1996; Stack y Arnold, 1998).

A su vez un tacto materno menos afectuoso está asociado con depresión materna (Beebe et al., 2008; Cohn, Campbell, Matias, Hopkins, 1990; Tronick, 1989; Feldman y Eidelman, 2003; Weinberg y Tronick, 1996).

¿QUÉ APORTA EL CONOCIMIENTO DE ESTAS ESTRUCTURAS PREVERBALES Y PRERREFLEXIVAS DE LA INTERACCIÓN MADRE-BEBÉ A LA CLÍNICA?

Se utilizaron distintas ventanas para observar las estructuras subyacentes de interacción. Unas se desprenden del modelo matemático, y otras, del análisis microanalítico de observación de las videofilmaciones o de la recolección de los momentos clínicamente significativos para el psicoterapeuta.

La significación de estos patrones de interacción la encontramos en el proceso psicoterapéutico de cada uno de los casos y en los análisis microanalíticos de segundos de sesión. En estos últimos observamos descriptores más finos que tienen que ver con interrupciones y reparaciones en los vínculos. De esta manera, los esquemas que nos devolvió el modelo matemático adquirieron vida y nos permitieron interpretarlos con una mayor profundidad.

El modelo puso en evidencia la repetición de patrones que no habían sido vistos en esa profundidad durante el proceso psicoterapéutico.

A modo de ejemplo, veamos la descripción de uno de los patrones subyacentes de interacción en uno de los casos: Tania, una niña de trece meses. Encontramos que las dificultades en el espejamiento llevan a establecer conductas defensivas para protegerse de un conocimiento insuficiente de sus estados mentales.

Resulta muy interesante lo que se encontró a nivel empírico, en el análisis de los patrones de interacción respecto a que la mirada de la niña disminuye la probabilidad de que haya actividad referencial en la madre. Como mencioné más arriba, las medidas de actividad referencial captan el grado en el que un hablante es capaz de traducir la experiencia en palabras de manera que estas evoquen las experiencias correspondientes en quien escucha. Muestra en qué medida la experiencia no verbal, incluyendo lo emocional, puede ser activada en la mente del hablante mientras este genera su discurso. Es decir que cuando esta niña mira menos a su madre, más actividad referencial desarrolla la madre. Pero a su vez observamos que la actividad referencial de la madre no se traduce en su conducta. La madre no muestra capacidad de procesar y ayudar a transformar a través de sus acciones lo que sucede en su actividad mental ni de devolver a su hija lo que recibe de su conducta. Muestra en las sesiones dificultad para jugar con la hija y responder a sus afectos positivos y de disfrute, observándose incluso su rechazo en algunos juegos a las propuestas de su hija.

En este sentido, sabemos que una comprensión pobre de los estados mentales asociada con rechazo puede amplificar la angustia en el niño, activando el sistema de apego. La necesidad de proximidad persiste y quizás aumente como consecuencia de la angustia causada por el rechazo. La proximidad mental se vuelve insoportablemente dolorosa y la necesidad de

proximidad se expresa en un nivel físico. Por ello el niño busca, paradójicamente, mayor cercanía. La capacidad del niño de adaptarse, de modificar o de evitar la conducta del adulto va a estar constreñida si el cuidador tiene habilidades limitadas. Lyons-Ruth y Jacobvitz (2008) identificaron dos patrones de conducta materna asociada con el apego desorganizado: intrusividad hostil y alejamiento impotente, reflejando ambos falta de sintonía y rechazo al apego del niño. En la conducta de la madre de Tania parece darse lo último.

Sin embargo, Tania mostró capacidad para un juego con cierta organización cuando jugó con la analista. En el juego se va observando cómo el analista devuelve a la niña los afectos y categoriza lo que la niña expresa, constituyéndose en un espejamiento de los afectos. A pesar de que la madre no participa, no promueve este proceso y la regulación en la diáda se da por medio del tacto, es importante que la niña busca el contacto con el otro y busca también promover la integración de su madre.

Parecería que Tania aprendió en las experiencias anteriores que hay zonas en las que la madre no es capaz de actuar en función de sus necesidades ni tampoco descubrirle un sentido o significado de manera inmediata, aunque hay aspectos en los que sí es una madre contenedora y cuidadora.

Estos aportes provenientes de la observación microanalítica de las interacciones madre-bebé permiten ampliar el conocimiento acerca de los modos en los que los infantes van logrando la regulación y autorregulación de los afectos más primarios. El interjuego entre la oferta regulatoria del entorno parental y los recursos regulatorios propios que va construyendo el infante van instaurando el modo singular en el que cada infante accede a la constitución subjetiva.

Es a través de estas experiencias primarias con el cuidador que los infantes desarrollan expectativas, los *modelos de trabajo* o las representaciones emocionales y cognitivas de las interacciones, y que serán como guías para el futuro establecimiento de otras relaciones (Crockenberg y Leerkes, 2000, p. 69).

En esta diáda se observaron mecanismos de identificación proyectiva que fueron vivenciados intensamente por la analista, que afectan los sistemas de mutua regulación entre la madre y el bebé (incluye mecanismos de escisión). La madre tiene tendencia a negar las experiencias negativas

así como también sus propios sentimientos negativos y hostiles hacia su hija. Sus narrativas son económicas en su estilo, con algunas contradicciones en su relato y falta de capacidad para recordar su propia infancia. Sin embargo, el rechazo se expresó en la sesión a través de un despliegue de diferentes tipos de afecto: negativismo, llanto fuerte, miedo, susto, dormirse, vergüenza, falta de juego en la sesión, agresividad, enojo, ansiedad, disgusto, indiferencia, preocupación, cautela, tristeza. La función del analista en este caso es lograr a través de la transferencia la contención y la metabolización de las distintas maneras en las que el rechazo se vivió en el tratamiento psicoterapéutico.

Hay un factor sorpresa en encontrarse con estos resultados, ya sea porque concuerden con lo pensado previamente o porque no coincidan. He aquí el aporte de lo desconocido: es este mapa de la sesión que trae las estructuras de relación; es una foto, una condensación de lo que sucedió en el proceso. ¿Es esta foto una buena foto? ¿Reflejó el proceso? Sí, pero hubo que interpretarla a través de la clínica: esto implicó la lectura del material de las narrativas de la sesión, las videofilmaciones, la elección de momentos significativos por la terapeuta (vivencias transferenciales y contratransferenciales) y la selección de momentos microanalíticos que ejemplificaran estos patrones en la clínica.

Cada uno cambia con el otro, y la psicoterapia madre-bebé es una oportunidad de cambio importante. Esto se refleja especialmente cuando analizamos las unidades microanalíticas, en las que podemos observar los momentos de mutua regulación, de disrupción de la relación, de reparación; los diferentes estilos de utilización del propio cuerpo, de miradas, de cambios micromomentáneos en la sincronía, forma e intensidad de los vínculos. Esto nos conduce a que a lo largo del tiempo se perciban cambios pautados en nuestro interior y en el de los otros; cambiar con el otro y sentir lo que ha sido percibido por el otro, proceso que se realiza a través de las correspondencias transmodales (Stern, 1985).

Se hace evidente que hay estructuras subyacentes que no se pudieron deducir con este modelo matemático y sí fueron observables mediante la metodología microanalítica. Por ejemplo, los componentes narcisistas que ayudan a la generación del «sentimiento de sí mismo». Lo que se presenta aquí es un estudio de caso único y no es posible generalizar las conclusio-

nes. Por lo tanto, los hallazgos corresponden a un proceso psicoterapéutico breve, y el patrón de relacionamiento encontrado es específico para este contexto. Sin embargo, su cualidad de ser una visión amplificada de un proceso psicoterapéutico aporta a nivel clínico para afinar la observación y estar atento a esos pequeños intercambios, para afinar la sensibilidad del psicoterapeuta en la percepción de los procesos no verbales, que son fundamentales cuando se trabaja con infantes, pero que también lo son en el trabajo con pacientes adultos.

A su vez, los hallazgos concuerdan con lo que plantean numerosos autores (Bakeman y Brown, 1977; Beebe et al., 1985; Cohn y Tronick, 1989; DeCasper y Carstens, 1980; DeCasper y Fifer, 1980; DeCasper y Spence, 1986; Emde, 1988; Haith et al., 1988; Fagen et al., 1989; Field, 1981; Stern, 1985; Tronick, 1989; Trevarthen, 1980, 1993) sobre la existencia de formas de organización de la experiencia preverbal e intersubjetivas que no son observables a simple vista y que tienen gran importancia como precursores de la mentalización. Estas estructuras de interacción prerreflexivas no necesariamente generan acontecimientos psíquicos, pero influyen en estos de manera fundamental (Perry et al., 1995; Schore, 1994).

¿DE QUÉ MANERA OBSERVAMOS EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE ADULTOS ESTOS PATRONES SUBYACENTES DE INTERACCIÓN?

¿Podemos identificarlos clínicamente en otro nivel distinto al empírico? Y si es así, ¿cómo operan? ¿Cuál es el papel que cobran los distintos sentidos: la vista, el tacto? ¿Cómo hace el paciente uso de su cuerpo? ¿Y del espacio?

Escogeré dos viñetas clínicas tomadas de dos experiencias distintas con la aplicación del «Modelo de los tres niveles para observar las transformaciones del paciente» con el fin de estudiar el proceso analítico.

CASO A

Desde el inicio de las primeras entrevistas, la analista (Hernández, 2014/ en prensa) percibe claros obstáculos para trabajar con la paciente por su «particular hermetismo, su modo robótico de caminar, su hablar monótono» y por «la repetición de la respuesta “no sé” cada vez que tenía que referirse a lo que podía estar experimentando interiormente». En su

discurso aparecía «una intensa vivencia de inseguridad y marcadamente el sentimiento de no hacer las cosas bien».

La analista expresa que parecería que la paciente busca dentro de sí y no encuentra nada valioso para comunicar o, incluso, que no lo experimenta, cuando expresa comentarios como «no hay nada especial que me haya sucedido en mi infancia».

A las preguntas de la analista responde con monosílabos y dificulta el establecimiento de un intercambio que permita explorar qué le pasa y qué piensa que le pasa, por qué viene al análisis. La analista encuentra una ambivalencia entre ese bloqueo y su actitud de adhesión al tratamiento —no falta nunca; paga puntualmente— mientras que «su actitud afectiva es de inseguridad intercalada con pinceladas de una postura neutra».

La analista describe que se establece un patrón de relación en el que hay un intercambio de dos mentes muy comprometidas, pero fuera de la palabra. «Pareciera que hay que estar ahí, juntas, en ese espacio-sesión al que ella concurre con compromiso y asiduidad, compartiendo experiencias que son esencialmente no representacionales y que corresponden a aspectos de una memoria no declarativa. Experiencias que nunca fueron capturadas en palabras».

Indudablemente, tenemos una serie de diferentes «modos de estar con» que se van dando entre analista y paciente, y que muestran por un lado la adhesión a la relación y, a la vez, dificultades de la paciente de representar, de mentalizar y de regular sus estados emocionales y afectivos.

Si volvemos a la investigación de infantes, sabemos que los bebés detectan *contingencias*, relaciones predecibles entre su propio comportamiento y la respuesta del mundo externo a ese comportamiento (DeCasper y Carstens, 1980; DeCasper y Fifer, 1980; Papoušek y Papoušek, 1979). Un niño desarrolla una expectativa de cuándo los eventos van a ocurrir y una expectativa de que su conducta produce consecuencias. Si el mundo externo da o no respuestas contingentes y esperables para el niño, afectará su atención, su memoria, sus emociones y la habilidad de aprender (DeCasper y Carstens, 1980). Recíprocamente, el niño percibe relaciones predecibles entre los eventos del mundo externo y su propio comportamiento. El niño desarrolla una expectativa de que el mundo externo lo afecta. De ese modo, ambas partes (niño y cuidador) desarrollan

expectativas de que cada parte afecta y es afectada por la otra de maneras predecibles. Estas son las instancias prerreflexivas que irán dando lugar a la mentalización. ¿Qué patrón de relación no verbal tenía esta paciente que le impedía tomar contacto con su interior?

Después de dos años de tratamiento, y debido a las dificultades en el proceso terapéutico, la analista presenta este material clínico para ser trabajado grupalmente con el modelo de los tres niveles a fin de observar las transformaciones del paciente (Bernardi, 2014). En la discusión se le plantean a la analista las dificultades de la paciente en la comunicación consigo misma, es decir, sus dificultades de contactar con sus afectos, con sus fantasías, de poner en palabras diversos aspectos de su mundo interno, de acceder a la asociación libre y, por tanto, de lograr *insights*.

Esto hace que la analista comience a trabajar de una manera más activa explorando su mundo interno de una forma diferente a lo que la analista acostumbra. Dice: «Soy yo quien le ofrezco las interrogaciones que ella no puede traer, para encontrar los matices dentro de un espectro de afectos que por sí sola no llega a percibir. O también se podría decir que le ofrezco un repertorio de palabras para que ella elija cuál le resuena y se acerca más a su vivencia». De esta manera, la paciente puede hacer mejor «uso de la analista» y, por lo tanto, cambiar el modo de relación subyacente entre ambas.

En este sentido, desde la investigación en desarrollo temprano, el Grupo de Estudios de Boston (Stern et al., 1998) ha aportado indicadores importantes que observar para comprender aspectos de lo que sucede en el intercambio clínico y genera los cambios. Hay intercambios particulares que producen transformaciones positivas, así como momentos potencialmente críticos que se pierden y tienen un potencial para llevarnos a una dirección negativa o mantenernos en una situación de estancamiento.

Esto implica un modelo de acción terapéutica que tiene en cuenta que paciente y analista son un sistema diádico —como la madre y su bebé—, que la regulación diádica y la autorregulación son parte de ese sistema, que el conocimiento declarativo y el implícito son diferentes, y que cada paciente tiene esquemas de representaciones que han sido internalizados y que determinan sus formas de relacionamiento y de regulación, y su capacidad para atribuir estados mentales a los demás y pensar en los propios.

Aquí la analista tuvo que atender a estas características de su paciente, a «su forma de estar con otro» para encontrar una forma de llegar a ella y producir cambios positivos.

CASO B

Irina es una adolescente que poseía una imagen muy distorsionada de su cuerpo, se veía «muy gorda» —cuando no lo era— y se daba grandes atracones que la llevaban a vomitar reiteradamente: «Tengo 17 años. ¡Qué calor hace acá! No tengo ganas de tener algo serio con alguien. Me gusta bailar, tomar una cerveza. No me gusta estar pendiente de alguien. Voy... y hasta acá» (Altmann de Litvan, 2014b).

De entrada nos muestra un modo de estar «superficial», «no comprometido». Es sagaz y seductora, y rápidamente estableció un vínculo fuerte con la analista. La analista dice: «Está muy pendiente de su vestimenta y si combino o no la ropa y los accesorios. Siempre, espontáneamente en la sesión, halaga o critica, como si estuviera evaluándome. Mide y monitorea mi cuerpo con la misma persistencia que lo hace con el suyo. Es en el espacio transferencial donde se despliega esta “modalidad de estar con un otro” y donde irán transformándose, gradualmente, sus diferentes experiencias con su cuerpo».

El patrón de relacionamiento al principio del tratamiento se puede resumir de esta manera: *Yo puedo estar con otro en tanto yo sea la que mida y critique a los demás, tal como mi madre, mi padre, mi abuela hicieron conmigo*. Ella necesitaba ver en la analista aspectos de ella misma que rechazaba de su propia imagen corporal y que necesitaba recorrer y visualizar en otro, de manera de poder transitarlo con ella misma. Esto se logra en la medida que el encuentro analítico genera seguridad, al mismo tiempo que permite explorar a través del cuerpo de la analista su propio cuerpo.

Al comienzo del análisis, los vómitos eran más frecuentes. Era un ritual oculto y tenía consecuencias metabólicas. La paciente se sentía enferma y decía que necesitaba ayuda. Ella pensaba que vomitar era automático; lo aceptaba como un hábito, como fumar. Le llevó algún tiempo sentirse con la confianza suficiente como para poder compartir sus rituales ocultos y sus mentiras en el análisis.

- P: Y hay también cosas físicas mías que me asustan, ¿entendés?
- A: Como ser...
- P: Como ser, por ejemplo, que me pasó ya seguido que vomito a la tarde y, ponele, a las siete de la tarde como algo y también lo vuelvo a vomitar, aunque no me provoque yo el vómito, porque yo solo me provocho el vómito si no es algo que yo planeaba comer. Si yo planeaba almorzar, nunca vomito el almuerzo, nunca. Yo no soy de comer. Solo vomito las cosas que me como de golpe, así.
- A: De impulso.
- P: Sí, de impulso, así. Si yo planeo comerlo, no me lo vomito nunca. Y entonces, por ejemplo, eso, y después volver a vomitar de noche o tener la voz siempre medio así tomada, que ya me parece que es por la garganta, no sé... algunos machucones que me salieron un poco en el brazo izquierdo, como cosas raras, ¿entendés?, sin caerme. Y, ta... esos son los síntomas.
- A: ¿No tendrás más conciencia de las cosas que hacés, que antes las hacías mucho más inconscientemente?
- P: Puede ser.
- A: Porque ahora tenés conciencia de las veces que vomitás, me parece. Yo no creo que vos tuvieras conciencia en otro momento.
- P: No, porque lo pasaba como un hecho natural. A mí no me molesta tanto vomitar, a mí me molesta el hecho de darme el atracón.
- A: Salvo lo que estamos viendo ahora que te trae estas cosas en la nariz, en los ojos; otro tipo de problemas. Tú estás introduciendo problemas metabólicos en tu organismo, y lo sabés.
- [...]
- Me parece que tenés mayor conciencia de las cosas que antes. Pasa más por tu mente que antes.
- P: Ta...

La analista con sus intervenciones intenta mostrar y capturar los patrones característicos que se repiten, de manera de producir un efecto de regulación momento a momento donde se ve el efecto inmediato de aquello que se dice sobre la otra persona, tanto a nivel verbal como no verbal. De esta manera se dan una serie de sutiles regulaciones que incluyen la postura,

los intercambios faciales, las entonaciones, los saludos y los rituales específicos. Los efectos de estos modos de relación y de regulación se darán a lo largo de todo el tratamiento y no necesariamente pueden ser reconocidos como directamente vinculados a la formación de representaciones e internalización. Estas estructuras de relación surgen en el contexto de la escucha analítica (Schwaber, 1981; Nieto, 1965), y las podemos reconocer como fases preparatorias a los procesos de representación e internalización.

Paciente y analista coconstruyen juntos un modo personal de vincularse, de hacerse preguntas en voz alta uno al otro, turnándose en el diálogo, descubriendo cuándo hay que hacer una pausa y por cuánto tiempo. En este proceso, ambos están construyendo expectativas y confirmando temores de ser ignorados, arrollados, no entendidos o criticados. Estas organizaciones de expectativas y confirmaciones luego serán representadas e internalizadas, estén o no verbalizadas, y compondrán los procesos constitutivos de la acción terapéutica de las diferentes «regulaciones en marcha» en el proceso terapéutico (Beebe y Lachman, 2002).

¿De qué manera operaban las interrupciones y reparaciones en el vínculo transferencial con esta paciente? La interrupción en la relación transferencial era algo característico y se observa en esta paciente frecuentemente en relación con el lenguaje, ya que tenía un discurso entrecortado, que pasaba de una imagen a otra, como un *videoclip*, imagen que surgió en la discusión grupal de este material.

Es en la experiencia transferencial que surge un involucramiento activo de una mente con la otra. Sostén, contención y empatía son necesarios para que el vínculo analítico ayude a reorganizar las estructuras representacionales fallantes desde la infancia en Irina. De esta manera, surge y se habilita a través de la función transferencial un rango más amplio de funciones mentales de las cuales la paciente puede disponer.

Para que esta relación ayude a la paciente, debe consistir en una sutil combinación de reflejo de sus emociones y la comunicación de un afecto contrastante (modulación), como se da en el espejamiento de los afectos entre madre y bebé:

Esta modulación comunica que no hay nada real por lo que preocuparse, y la reacción del cuidador, que es la misma pero no exactamente igual que

la experiencia del bebé, crea la posibilidad de generar representaciones más simbólicas de la ansiedad. Así comienza la simbolización. (Fonagy, 2001, p.171)

Al analizar si la paciente es capaz de regular sus impulsos, afectos y autoestima adecuadamente, lo cual le permite controlar sus necesidades de autoestima al enfrentar demandas internas y externas, observamos que al comienzo del tratamiento Irina muestra dificultad para controlar sus impulsos y afectos. Esto compromete todo lo relacionado con su autoestima: sus defensas son disfuncionales, e Irina muestra una idealización excesiva de los otros.

Al avanzar el análisis, se observa también que la paciente estaba comenzando a mostrar que sus problemas tenían que ver no solo con su cuerpo, sino también con su mente. Cuando ella le dice a la analista: «Yo no entiendo que vos puedas ser feliz y gorda», se está preguntando a sí misma si ella es como es o de la manera que los otros la ven. En la transferencia, ella es capaz de preguntarse qué está pasando en la mente de la analista. Observamos dos movimientos: uno hacia la analista y otro hacia una diferenciación de la misma.

La regulación sensorial es un primer paso hacia la regulación afectiva, ya que es a través de la significación, la representación y el consiguiente procesamiento que se pueda dar a estímulos, sensaciones, percepciones y vivencias que estas irán transformándose en emociones y en sentimientos. La capacidad del sujeto para representar sus sensaciones y para modular sus estados afectivos generando respuestas adaptativas se adquiere en el vínculo con otros, resultando la base de la organización del *self* (Altmann de Litvan, Miller y Bernardi, 2014).

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

Este trabajo nos retrotrae a la pregunta inicial de si la investigación de tempranos realiza aportes relevantes a la clínica de adultos. Concluimos que:

Estas estructuras de relación subyacentes actúan como un telón de fondo de la relación transferencia-contratransferencia. Se actualizan *en la relación con un otro* presente. Esto es lo que intenté mostrar a partir de las

viñetas clínicas. Sabemos que en su historia, el infante detecta las *contingencias*, es decir, las relaciones predecibles que su propio comportamiento y la respuesta del mundo externo a ese comportamiento (DeCasper y Carstens, 1980; DeCasper y Fifer, 1980; Papoušek y Papoušek, 1979). Ambas partes (niño y cuidador) desarrollan expectativas de que cada parte afecte y sea afectada por la otra de maneras predecibles. **Estas son las instancias prerreflexivas que irán dando lugar a la mentalización.**

Para Beebe et al. (2010):

En cada momento de interacción hay un potencial para reorganizar las expectativas de mutualidad, intimidad y confianza para reparar los momentos disruptivos y traer la esperanza que permita transformar funcionamientos rígidos. En cada momento, analista y paciente contribuyen significativamente para esta organización. Cada cosa que haga el analista, interpretando o no interpretando, verbal o no verbalmente, exploratoria o descriptivamente, potencialmente contribuye a la organización de la experiencia del paciente. (p. 207)

Este aspecto fue desplegado tanto en el caso A como en el B de nuestros ejemplos. Sin embargo, no debemos desconocer que no es una translación directa, porque en el adulto la capacidad de subjetivación, simbolización y de elaboración inconsciente es más compleja.

Por ello es importante observar en detalle cómo se van facilitando o se obstaculizan estos procesos en las interacciones entre madre e hijo, así como las posibilidades que se abren en el proceso psicoterapéutico, en la relación con el analista. Las representaciones mentales se van formando desde estas unidades individuales de experiencia **en interacciones regulatorias**. Una vez que se formaron, estas estructuras mentales organizadas probablemente comiencen a actuar como reguladores superordinados de los sistemas biológicos subyacentes de la motivación y el afecto, y gradualmente podrán suplantar a los sistemas regulatorios sensoriomotores, térmicos y nutricionales que presentan los infantes tempranos. Este aspecto se vio más desplegado en el caso B, en el que se superponían por una parte estas estructuras de relación que comprometían directamente los sistemas biológicos y fisiológicos de la paciente.

La emergencia de la mentalización está profundamente integrada en las relaciones de objeto primarias del niño, fundamentalmente en la relación reflexiva (Gergely y Watson, 1996). El padre que no pueda pensar acerca de la experiencia mental del niño lo priva de la base para un sentido viable de sí mismo (Fonagy y Target, 1995). Esta es una idea conocida en el psicoanálisis (Bion, 1962; Winnicott, 1960). La frecuencia y la calidad de la participación del otro son centrales para la elaboración de significado intersubjetivo (Tronick, 1998; Sander, 1995; Lyon-Ruth, 1999).

Esta teoría de la regulación afectiva y la mentalización intenta enriquecer los argumentos que adelantaron teóricos como Bowlby (1969) sobre la función evolutiva del apego. Como explica Ackerman (2010), Silverman plantea que la teoría del apego introduce el concepto de formas predecibles y habituales de estar juntos (*working models*), de las que el infante incorpora un modelo mental de interacción diádica que se vuelve un sistema de *feedback* no consciente. Este modelo mental no intenta capturar todo lo que los psicoanalistas tenemos en cuenta, pero como funciona en un nivel procedimental, los significados inconscientes quedan asimilados en él. La autora concluye diciendo que la teoría del apego —centrándose en el rol del apego como sistema de regulación afectiva— aporta al psicoanálisis un lente sobre la regulación de los estados emocionales. La evidencia confiable que rodea a la investigación sobre el apego indica que con relaciones de apego saludables, los individuos desarrollan estilos adaptativos de regulación afectiva. En contraste, muchos ángulos de la psicopatología que vemos en el consultorio —incluyendo preocupaciones por el cuerpo, patrones no saludables con relación a la intimidad, desregulación afectiva, un sentido pobre del *self*, problemas con necesidades y defensas— están correlacionados con estilos de apego no saludables (p. 1204).

En otra línea, el Grupo de Estudios de Boston hace referencia a lo procedimental, al conocimiento implícito que se da en el relacionamiento y a los momentos de encuentro ente paciente y analista como generadores de cambios en el paciente. Estos momentos no son simples momentos, sino momentos metafóricos, que son *pivot* en el tratamiento y que llegan por la inmersión de paciente y analista en un mundo cocreado, mutuamente reglado y único. Tanto para el paciente como para el analista es importante sentir y saber que algo ha pasado. Los cambios en las posibilidades

relacionales hacia formas más complejas y coherentes de sensibilidad generan las transformaciones (Gotthold y Sorter, 2006, p.103).

Este grupo trae elementos esenciales del proceso del tratamiento del niño, tales como los mecanismos no verbales y no interpretativos al tratamiento en adultos. De este modo, realzan nuestra apreciación de las contribuciones interpretativas no verbales del analista y del paciente (conocimiento implícito relacional).

Los autores del Grupo de Boston sugieren que: 1) tener en cuenta el *conocimiento implícito relacional* permite a los analistas incluir la dimensión no verbal y frecuentemente evasiva del proceso del tratamiento en su forma de conducir el tratamiento y, a menudo, ajustar la técnica, y 2) permitir que surja lo «auténtico» facilita la espontaneidad, que es provechosa para el acceso y la manipulación terapéutica de esos *momentos aquí-ahora* y de los *momentos de encuentro* que constituyen a menudo los puntos esenciales en un tratamiento.

Por ello me resultó esclarecedor en el caso A el cambio que tuvo que tener la analista desde un «modo de estar» más pasivo, esperando la asociación libre a otro «modo de estar» «más participativo y activo» que determina otra evolución del caso, que le abre la posibilidad de trabajar de una forma más productiva con la paciente. Una forma de intervención diferente permitió que se destrabara algo en la paciente.

Entretanto, en el caso B se puede ver que independientemente de las distintas temáticas que verbaliza la paciente, hay diferentes modos de relación con la analista que, al igual que un juego de interacción, tiene miradas que controlan y miden al otro en sus ropas, en su cuerpo y en su salud, y viceversa. Estos juegos de interacción se dan como diferentes telones de fondo del despliegue de otros aspectos conflictivos de la paciente, como son sus atracones de comida y sus vómitos.

Una secuencia de sintonía entre la madre y su hijo involucra tanto afectos como acciones conjuntas. Entonces, si el analista y el paciente están haciendo algo similar a esta sintonía, también están actuando en forma conjunta.

En cuanto al análisis de adultos, sugerí que elementos de la sintonía afectiva podrían desempeñar un papel en el desarrollo de una transferencia dinámica previo a las etapas de cristalización, cuando la interpretación

verbal se convierte en utilizable. Aquí una dinámica podría ser reiteradamente actuada con la emoción por el paciente y «sintonizada» por el analista. Si el analista se comporta como una madre en sintonía, entonces él o ella imitará parcialmente el estado de ánimo del paciente, pero en una modalidad ligeramente diferente. Esto comunicará al paciente que el afecto ha sido recibido y que está siendo compartido.

Por otro lado, la investigación en infantes ha hecho hincapié en que la adquisición del lenguaje verbal no sirve necesariamente para comunicar todas las experiencias, sobre todo, los afectos. Las palabras pueden alienar o falsear. Los intercambios vocales pero preverbales, los intercambios de sintonía afectiva pueden ser precursores necesarios para los intercambios verbales significativos en el análisis. Se ha propuesto la noción de *insight* preverbal basado en la sintonía; un patrón subyacente podría repetirse en un ritmo, y luego ser descubierto en una nueva modalidad de sentido por los dos protagonistas. Pueden experimentar entonces ser dos seres independientes pero compartiendo. Un afecto familiar se descubre en nuevos lugares simultáneamente, por un movimiento como este puede darse una nueva integración o *insight* preverbal. Es interesante la apreciación de Rayner (1992).

Rayner plantea entonces que la sintonía y la identificación proyectiva parecen estar en diferentes niveles de actividad: el uno no comprende al otro, pero pueden ir de la mano (Rayner, 1992). Mientras que la sintonía tiene sus raíces en la resonancia sensorial y, por lo tanto, se basa en lo no fantástico, la identificación proyectiva enfatiza la actividad fantasmática. Tal vez es solo con la sintonía que otra persona se vuelve receptiva. La normalidad o la patología del intercambio entonces serían medidas tanto por la naturaleza de la proyección como por su recepción.

En resumen, la intensidad del contacto característico de las tempranas etapas se despliega también en la transferencia en el grado de ajuste que existe en la relación entre el analista y el paciente, en lo singular de estos modos de relación no verbales y en el descubrimiento de las puertas de entrada que permiten que una interpretación pueda ser escuchada por el paciente de manera tal que sus conflictos puedan ser trabajados, es decir, en el descubrimiento de cuáles son esas estructuras subyacentes de interacción que están en la transferencia. ♦

RESUMEN

Este trabajo presenta los hallazgos de una investigación empírica acerca de las estructuras subyacentes en el vínculo madre-bebé en tratamientos psicoterapéuticos breves. Los principales hallazgos reflejan un patrón de relacionamiento único para cada diada y permiten reinterpretar lo que sucede en la clínica. Permiten observar las particularidades de cada diada, sus dificultades y su potencial para el cambio.

Se plantea el desafío de qué es lo que aporta el conocimiento de la existencia de estas estructuras subyacentes de interacción para la clínica con adultos. A través de dos viñetas clínicas se ejemplifican aspectos que la investigación con infantes aportan a la clínica de adultos.

Descriptores: RELACIÓN MADRE-BEBÉ / DESARROLLO TEMPRANO / MENTALIZACIÓN / MATERIAL CLÍNICO / LENGUAJE NO VERBAL / INTERSUBJETIVIDAD / INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA / PROCESO PSICOANALÍTICO

SUMMARY

This paper presents the findings of an empirical research about the underlying structures in mother-baby interaction in brief psychotherapeutic treatments. The main findings reflects a unique pattern for each mother-baby dyad and allows the analyst to reinterpret what happens in the clinic, regarding each dyads' characteristics, their difficulties and their potential for change.

What does the knowledge of the existence of these underlying structures of interaction implies for psychoanalysis. The contribution of infant research to the adult clinic will be exemplified through two clinical vignettes.

Keywords: MOTHER-INFANT RELATIONSHIP / EARLY DEVELOPMENT / MENTALIZATION / CLINICAL MATERIAL / NON-VERBAL LANGUAGE / INTERSUBJECTIVITY / SCIENTIFIC RESEARCH / PSYCHOANALYTIC PROCESS

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, S. (2010). Is Infant Research Useful in Clinical Work with Adults? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58, 1201-1211.
- Altmann de Litvan, M. (2013). *Estructuras relacionales subyacentes en procesos psicoterapéuticos breves madre-bebé*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina.
- (2014a) Diferentes caminos hacia la Mentalización: Exploración de los estados prerreflexivos y su relación con el sí mismo. *Revista Mentalización*, 2. Disponible en: http://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/diferentes_caminos_hacia_la_mentalizacion.pdf
- (2014b) Irina: an adolescent. En M. Altmann de Litvan (Ed.), *Time for change: tracking transformations in psychoanalysis* (pp. 52-93). London: Karnac.
- Altmann de Litvan, M., Miller, D., & Bernardi, R. (2014) Three-level model for observing child patient transformations. En M. Altmann de Litvan (Ed.), *Time for change: tracking transformations in psychoanalysis* (pp. 303-309). London: Karnac.
- Bakeman, R., & Brown, J. (1977). Behavioral dialogues: An approach to the assessment of mother-infant interaction. *Child development*, 48(1), 195-203.
- Baranger, M., Baranger, W., & Mom, J. M. (1983). Process and non-process in analytic work. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 1-15.
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S., & Andrews, H. (2008) Maternal depressive symptoms at 6 weeks predict mother-infant -month self- and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*, 29, 1-29.
- Beebe, B., Jaffe, J., Feldstein, S., Mays, K., & Alson, D. (1985). Interpersonal timing: The application of an adult dialogue model to mother-infant vocal and kinesic interactions. En: T. Field & N. Fox (Eds.), *Social perception in infants* (pp. 217-247). Norwood: Ablex.
- Beebe, B.; Jaffe, J. Markese, S., Book, K., Chen, H., Cohen, P., et al. (2010). The origins of 12-months attachment. A microanalysis of 4 month mother infant interaction. *Attach Hum Dev*. 2010 January, 12(0), 3-141. doi:10.1080/14616730903338985
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Bernardi, R. (2014). The three-level model (3-LM) for observing patient transformations. En M. Altmann de Litvan (Ed.), *Time for change: tracking transformations in psychoanalysis* (pp. 3-34). London: Karnac.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. London: Tavistock Publications.
- (1967). *Second Thoughts*. New York: Jason Aronson.
- Bollas, C. (1979). The transformational object. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 97-107.
- Boston Change Process Study Group (2005). The "something more" tan interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 693-729.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Volume I: Attachment. *The International Psycho-Analytical Library*, 79, 1-401.
- Box, G., & Jenkins, G. (1970). *Time series analysis: Forecasting and control*. San Francisco: Holden-Day.
- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed & nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Cohn, J., & Tronick, E. Z. (1989). Specificity of infant's response to mother's affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2), 242-248.
- Crockenberg, S., & Leerkes, E. (2000). Infant social and emotional development in family context. En C.

- H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 60-90) New York: The Guilford Press.
- De Litvan, M. A. (2007). Infant observation: a range of questions and challenges for contemporary psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 713-733.
- DeCasper, A., & Carstens, A. (1980). Contingencies of stimulation: Effects on learning and emotion in neonates. *Infant Behavior and Development*, 4, 19-36.
- DeCasper, A., & Fifer, W. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science*, 208, 1174.
- DeCasper, A., & Spence, M. (1986). Prenatal maternal speech influences newborn's perception of speech sounds. *Infant Behavior and Development*, 9, 133-150.
- Emde, R. (1988). Development terminable and interminable. I: Innate and motivational factors. *The International Journal of Psychoanalysis*, 69(2), 283-296.
- Fagen, J., Ohr, P., Singer, J., & Klein, S. (1989). Crying and retrograde amnesia in young infants. *Infant Behavior and Development*, 12(1), 13-24.
- Feldman R, & Eidelman A. (2003). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 274-281. PubMed: 12647930
- Field, T. (1981). Infant gaze aversion and heart rate during face-to-face interactions. *Infant Behavior and Development*, 4, 307-315. doi: 10.1016/S0163-6383(81)80032-X
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1995). Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the father. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76(3), 487-501.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181-1212.
- Gotthold, J. J., & Sorter, D. (2006). Moments of Meeting. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 1, 103-119
- Haith, M., Hazan, C., & Goodman, G. (1988). Expectation and anticipation of dynamic visual events by 3,5 month old babies. *Child development*, 59(2), 467-479.
- Hernández, S. (2014). Leticia: the emergence of questions about herself. En Altmann de Litvan, M. (Ed.), *Time for change: tracking transformations in psychoanalysis* (pp. 35-51). London: Karnac. (Publicación en español, en prensa).
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 576-617. doi: 10.1080/07351699909534267
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Disorganized attachment: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: Cassidy, J.; Shaver, P. (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. 2. New York: Guilford Press, pp. 666-697.
- Massie, H., & Campbell, K. (1983). *The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress (AIDS Scale)*. New York: Basic Books.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *Psychology and Psychotherapy*, 72(3), 339-354. doi: 10.1348/000711299160040
- Nieto, M. (1965). Algunos problemas del analista como investigador. *Revista de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay*, 1(VII), 5-27.
- Papoušek, H., & Papoušek, M. (1997). Fragile aspects of early social integration. En L. Murray y P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 35-53). New York: Guilford Press.
- Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Hossain, Z., Pickens, J. (1996). Depressed mother's touching increases

- infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development* 67, 1780–1792. PubMed: 8890507
- Rayner, E. (1992). Matching, Attunement and the Psychoanalytic Dialogue. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 39–54
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sander, L. (1995). Identity and the experience of specificity in a process of recognition. *Psychoanalytic Dialogues*, 5, 579–593.
- Stack, D., & Arnold, S. (1998). Changes in mothers' touch and hand gestures influence infant behavior during face-to-face interchanges. *Infant Behavior and Development*, 21, 451–468.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., et al. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The something more than interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903–921.
- Schwaber, E. A. (1981). Narcissism, Self Psychology, and the Listening Perspective. *Annual of Psychoanalysis*, 9, 115–131.
- Trevarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding of infants. En D. Olson (Ed.), *The social foundations of language and thought: Essays in honor of J. S. Bruner* (pp. 316–342). New York: Norton.
- (1993). The self born in intersubjectivity: An infant communicating. En U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121–173). Cambridge: Cambridge University Press.
- (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. En S. Braten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 15–46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112
- (1998). Interactions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19, 1–290.
- (2003). “Of course all relationships are unique”: How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychological Inquiry*, 23(3), 473–491. doi: 10.1080/07351692309349044
- Weinberg, K., & Tronick, E. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still face. *Child Development*, 96, 905–914. PubMed: 8706534
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41(6), 585–595.