

ENTREVISTA A BJÖRN SALOMONSSON^{1 2}

Antònia Llairó para TEMAS DE PSICOANÁLISIS



TEMAS DE PSICOANÁLISIS entrevista a Björn Salomonsson, analista didáctico de niños de la Asociación Psicoanalítica de Suecia, en Estocolmo. Trabaja en práctica privada y en el Centro de Salud Infantil Mamma Mia, donde también ejerce de psicoanalista consultor. Es profesor investigador en la Unidad de Salud Reproductiva, en el Departamento de Salud de Mujeres y Niños del Instituto Karolinska.

La investigación y las publicaciones del Dr. Salomonsson se focalizan en las psicoterapias padres-bebés de inspiración psicoanalítica, análisis de niños y en el método de presentación de casos llamado *weaving thoughts* o “tejido de pensamiento”.

¹ La entrevista fue elaborada por Antònia Llairó y por TEMAS DE PSICOANÁLISIS. Se realizó en francés y fue traducida por la entrevistadora, Antonia Llairó, con la colaboración de Marta Gomà.

² Antònia Llairó es psicóloga especialista en psicología clínica y psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP) y de la Asociación Psicoanalítica Internacional API. Ha sido miembro del Consejo Editorial de TEMAS DE PSICOANÁLISIS durante el período 2011-2015.

Su libro *Psychoanalytic Therapy with Infants and Parents: Practice, Theory and Results* fue publicado por Routledge en 2014. Otro libro, escrito con Majlis Winberg Salomonsson fue publicado por Routledge en 2016: *Dialogues with Children and Adolescents: A psychoanalytic Guide*. Ha sido traducido al francés recientemente, con prólogo de Bernard Golse y lleva por título: *A quoi pensent les enfants*.

En la página web www.bjornsalomonsson.se , el lector podrá encontrar más información³.

TdP.- Es un placer entrevistarte para TEMAS DE PSICOANÁLISIS. Muchas gracias por acceder a nuestra petición. Quisiera hablar contigo acerca de los tratamientos madre-bebé. ¿Cómo se inició tu interés por este tema?

Björn Salomonsson.- La razón más profesional es que empecé a trabajar con adultos. Soy psiquiatra y psicoanalista de adultos, pero en los años 90 empecé a trabajar con niños. En esa época Johan Norman⁴ explicaba que había empezado a trabajar con madres y bebés. Al principio tengo que reconocer que estaba confuso y sorprendido, porque me preguntaba: ¿cómo se puede trabajar con bebés si no hablan? Pero entonces Norman me facilitó grabaciones de voz madre-bebé y pude escuchar a las madres hablando a sus bebés y a los bebés chillando y llorando. Era realmente perturbador. Pero había en esta experiencia algo que conectaba con mi historia personal. Ahora estoy seguro de ello. Es el vínculo. Hay algo que me ha afectado, que me ha llevado a interrogarme y creo que ha sido interesante. Es un acontecimiento personal. Cuando tenía cinco meses fui hospitalizado por un eccema muy grave y pasé dos meses en el hospital en Copenhague, en Malberg, que es mi ciudad natal. El vínculo con mi madre no se rompió pero estuvo entrecortado, y eso me afectó en el desarrollo, todavía puedo encontrar las trazas de ello en mi personalidad. Aunque no puedo recordar esos acontecimientos, ya que no son tan evidentes, fue al empezar a trabajar en el tema cuando me di cuenta de las raíces que esto tenía en mí. Empecé a trabajar en el año 2000 con bebés porque di un curso para algunos analistas que se

³ bjorn.salomonsson@comhem.se

⁴ Johan Norman, psicoanalista sueco, pionero e impulsor de los tratamientos madres-bebé de orientación psicoanalítica.

interesaban en este tema. Una vez que empecé a trabajar con los bebés y pude ver los resultados -no solo las emociones perturbadoras sino también los resultados explícitos e intensos- estaba totalmente cautivado y me di cuenta del potencial terapéutico: la idea es que si se puede captar el sufrimiento precoz quizás mejorarán las posibilidades de curar la herida. Esta es una idea de Norman: se pueden identificar y captar los traumatismos en sus raíces. Considero que tenía razón incluso aunque haya muchas cosas que suceden después del primer año de vida. La idea es muy interesante y fue central en mis inicios como clínico. Luego vino la investigación, pero al principio mi trabajo era sobre todo clínico.

TdP.- También con Norman aplicaste la técnica y el método de "tejido de pensamiento" que está muy extendida y utilizada para la discusión de material clínico. Yo misma trabajé con ese método en diversas ocasiones y considero que es una gran aportación. Quería preguntarte si se sigue utilizando en el entorno de la sociedad psicoanalítica sueca como medio de formación.

B. Salomonsson.- Es un método que se sigue utilizando, aunque con los candidatos no al principio, porque normalmente en ese momento, tienen una mayor necesidad de guía y dirección. Escuchándote pienso que es interesante porque normalmente cuando escribo mi *currículum* destaco, por un lado, cuestiones derivadas de tratamientos madres-bebé y por otra parte está el método de “tejido de pensamiento”. Sin embargo, ayer pasé todo el día mirando los vídeos que grabé de una sesión con una madre y su hijo de cuatro meses. Entoces me dí cuenta que estos tratamientos se hacen en un campo lleno de incertidumbre y de angustia, lleno de no-saber. Podemos ver que en la medida que el analista puede sostener sus propias emociones perturbadoras y de incertidumbre, puede ayudar a la madre a sostener las suyas, sobre todo la incertidumbre. Si el analista realiza esta función, la madre entonces también puede ayudar a su bebé y el bebé puede emerger de una emoción perturbadora. Eso mismo ocurre en los grupos cuando trabajan con el método “tejido de pensamiento”. Cuando un grupo de analistas trabaja con este método, de lo que se trata realmente es de poder pensar estando sumergido en la incertidumbre. ¡Es escalofriante! En esta grabación que comento sobre una madre con su bebé, se ve muy

claramente. Cuando la angustia se incrementa en la madre y en el bebé, también aumenta la mía y empiezo a rascarme aquí, en la nuca.

TdP.-Quizá esto guarda relación con la dermatitis que comentabas...

B. Salomonsson.- ¡Eso es lo que yo pensé...! En la sesión se viven muy intensamente las ansiedades. Hay mucha actividad inconsciente en el analista. En el caso de esta grabación que estaba mirando ayer, hago muchas metáforas que me vienen espontáneamente a la mente y que me han ayudado mucho a entender a la madre. Este bebé en un momento dado se “tetanizó”. Este sería el término médico. Le hablé al bebé diciéndole que “tetanizaba”. No se lo dije así. Se lo dije en lenguaje corriente. Le dije que tenía como calambres. Luego la madre intentó decir algo sobre su infancia y tenía tantas dificultades para expresar sus emociones y tratar de encontrar las palabras adecuadas que yo traté de ayudarla y no era fácil. Entonces le dije: “¡quizás te cuesta tanto que te vienen como calambres!”. Había un vínculo entre el calambre del bebé y el calambre verbal de la madre. Un tiempo más tarde, viví un momento en esta terapia en que la madre utilizó esta palabra para intentar describir su relación con su propia madre durante su infancia. Esta madre era una niña muy angustiada que nunca se atrevió a hablar con sus padres de la razón por la que se angustiaba tanto. No lo podía expresar y en lugar de eso pidió a los padres (de forma tetanizada) poder dormir en su cama hasta los 12 años. Este es un ejemplo de metáfora que nace espontáneamente en la mente del analista y le ayuda a encontrar un nuevo vínculo entre el sufrimiento del bebé y el desamparo de la madre en su mundo interno.

TdP.- Ayer, volviendo a pensar en esta entrevista con una colega, comentábamos que a veces tenemos sentimientos contratransferenciales que nos impiden acercarnos al recuerdo de una sesión, cuando hemos vivido mucha ansiedad. ¿Podemos evaluar el nivel de sufrimiento del bebé a través de nuestra contratransferencia?

B. Salomonsson.- Sí, desde luego. Creo que ahora me intereso mucho por dos cuestiones

sobre la contratransferencia: una es la contratransferencia ligada a la ansiedad y la otra, es la otra cara de la moneda: el aspecto que tiene que ver con la creatividad del analista. Creo que es completamente necesario y ha nacido gracias a la presencia del bebé. Me he dado cuenta de que utilizo mucho las metáforas o las parapraxis. Por ejemplo, cuando parece que cometemos errores al escoger una palabra no adecuada. El clima es tan intenso con el bebé y su madre que empuja hacia la creatividad inconsciente en el analista. Eso me ocurre y es muy interesante.

TdP.- En tu libro Psychoanalytic Therapy with Infants and Parents (2014) hablas de las representaciones internas del niño y te refieres a ellas como primal representation, pero hablas poco de las representaciones maternas.

B. Salomonsson.- Tienes razón, he hablado poco de las representaciones maternas y creo que ello procede de mi herencia de Norman. También me encuentro capturado en una guerra en la que no quiero participar. Norman se posicionó en su campo diciendo que lo importante era el bebé y no prestó mucha importancia al *attachment*. Tampoco habló mucho de la madre porque pensó que si el analista podía establecer un vínculo con el bebé esto iba a relajar las cosas y la represión iba a ceder. Después de esta terapia, la madre podría renovar el vínculo con su bebé.

Yo empecé a escribir y recibí muchas críticas por parte de los analistas americanos porque ellos consideran que los bebés no saben hablar y no comprenden y eso es absurdo. También, después de haber visitado centenares de madres y bebés, tengo que decir que hay que tener confianza en la madre. Si no se tiene esa confianza, la madre puede pensar que estás loco porque le hablas al bebé. Esto es muy duro porque la mamá se encuentra en un momento frágil y tiene que poder entender que nos dirigamos al bebé. Ahora cada vez más miro lo que pasa en la sesión como un campo. Cuando yo le hablo al bebé también la mamá está escuchando y si le hablo a la mamá el bebé también lo está oyendo. Por ello ahora trabajo más desde la perspectiva de un campo relacional. Es difícil captarlo con nuestra metapsicología psicoanalítica porque es más difícil que trabajar en una sesión individual.

TdP.- ¿Trabajas la representación materna antes del parto, durante la gestación? ¿Crees que es algo que ayuda a entender la relación madre-bebé?

B. Salomonsson.- Es muy importante. Si tenemos la posibilidad de hacer un trabajo con las madres durante el embarazo es mejor. A veces recibo madres que están embarazadas. Continúo trabajando con ellas cuando el bebé ha nacido. Me gustaría tener más experiencia de trabajo con las madres embarazadas, pero no siempre tenemos la posibilidad de ello.

Es interesante porque he recibido madres que me han explicado que antes del parto no se planteaban ningún problema, que durante el embarazo estaban contentas y alegres. De pronto, con el bebé les llega un sufrimiento. Esto me ha ocurrido y por lo tanto estoy convencido de que no podemos prevenirlo totalmente a pesar de que se realice un trabajo durante el embarazo.

TdP.- ¿Cuales son las indicaciones para un tratamiento madre-bebé?

B. Salomonsson.- Para responder a esto hay que tener en cuenta un tema de organización. No podemos hacer una lista de las indicaciones. Mi tesis doctoral tiene por título *Baby worries*, es decir, ansiedades y preocupaciones en relación al bebé. Es un término muy subjetivo, no médico, que incluye también la posibilidad de interpretarlo como las ansiedades del bebé. El bebé se angustia y también la madre tiene ansiedades en relación al bebé, éste sería el concepto. Cuando decimos a las enfermeras que la indicación consiste en las ansiedades del bebé es complicado porque ellas tienen un abanico centrado en la depresión postnatal. Se preguntan si la madre tiene una depresión o no. Desde que empecé a trabajar en el Centro de Salud para Niños (PMI, Protección Materno Infantil) hago supervisiones una vez cada dos meses con las enfermeras y pediatras que hablan de los casos con los que se encuentran y pueden decirme: “hay algo en esta madre que no entiendo, itengo el sentimiento de que no consigo ponerme en contacto con ella!” o “¡hay algo que me perturba!” ¿Esto es un diagnóstico? ¡No es un diagnóstico! ¡No es suficiente como diagnóstico! Comprendemos esa inquietud y en este caso en concreto hice 20

sesiones con esta madre y su bebé.

Podemos decir que hay tres indicaciones: la madre se angustia en relación al bebé –no me siento bien como madre, me siento inferior, me culpabilizo, no duermo, me asomo constantemente a la cuna para saber si el bebé está bien– es decir, el sentimiento de culpabilidad de la madre. Puede haber signos en el bebé de que le pasa algo: chilla todo el rato, llora, no puede alimentarse al pecho, no duerme, no mira a los ojos a la madre. Sería una lista inmensa de síntomas. Quisiera añadir una indicación para destacarla: la ansiedad de la enfermera. Es la que nos guía, porque si yo trabajo con enfermeras que confían en mí y yo en ellas, se puede establecer un clima de comprensión. Eso no quiere decir que tengan razón en todo momento, pero sí sienten que hay algo. A veces se angustian y cuando yo veo a la madre al cabo de una semana, la madre puede decir que la semana pasada se angustiaba y ahora ya va todo muy bien y su marido ha vuelto a casa y ya no pasa nada. Sin embargo, durante mis años de trabajo en este centro no he recibido nunca a una madre y a un bebé en el que la consulta no estuviese indicada o no fuese necesaria, viniendo de la enfermera.

TdP.- ¿Es importante la sensibilidad en el equipo médico que atiende a las madres y los bebés?

B. Salomonsson.- Sí, totalmente. Ahora tengo un estudiante de doctorado que trabaja en el centro haciendo entrevistas y en contacto con el equipo de enfermería y pediatría. Si el analista trabaja en PMI y no está invitado y formando parte de sesiones de supervisión, el trabajo no funciona. No se puede trabajar como un analista privado en un centro público. Creo que las sesiones de supervisión son una de mis funciones principales. Mi rol es introducir el marco psicoanalítico porque muy a menudo las enfermeras dicen “no tengo tiempo, lo siento, he llegado tarde porque tenía que visitar a una madre” y continuamente yo les explico: si no mantienes tu *setting*, ¡no cuentes con que la madre vaya a mantener su *setting* para el bebé! Esta cuestión del *setting* hay que tratarla con las enfermeras e insistir y ayudar a rehacerlo constantemente.

TdP.- Los tratamientos precoces tienen un enorme poder de prevención. ¿Podrías hablarnos de ello?

B. Salomonsson.- Quisiera decir que tengo muchas muestras de ello pero sabemos, gracias a las investigaciones y los estudios, que hay una relación entre el sufrimiento precoz y las perturbaciones posteriores durante la infancia y la adolescencia, aunque es difícil demostrar de forma taxativa el efecto a largo plazo. Yo pienso que todos los profesionales que hacen tratamientos precoces los hacen porque creen que si se realizan precozmente van a mejorar la evolución del bebé, pero demostrarlo científicamente es difícil. En un estudio que hemos hecho con Majlis Winberg, hemos realizado un seguimiento a los cuatro años y medio de haber finalizado la terapia. Vemos que las madres que han recibido un tratamiento precoz tienen un nivel más bajo de depresión comparado con las madres que no tuvieron tratamiento, y podemos ver que el funcionamiento del niño ha sido mejor si han recibido este tratamiento precoz. Pero eso es solo un estudio y esto es difícil de demostrar de forma rigurosa. Se requieren más estudios para poderlo confirmar.

TdP.- Nos preguntamos si el terapeuta o el analista hace la función de tercero, ¿qué lugar ocupa el padre en el tratamiento?

B. Salomonsson.- En realidad yo no he dicho que el analista ocupe el lugar del tercero, pero tienes razón. Es una buena descripción de la función del analista –como tercero– porque introduce el principio de realidad y se atreve a decir las cosas, puede hablar de aquello que perturba. Sí..., es así. Pero hablas del padre real y es algo que me preguntan a menudo. Cuando yo hablo del análisis padres-bebé la mayor parte son bebés entre 0 y 6 meses y normalmente es la madre quien es el objeto primario. Recibo muchas parejas, pero entonces la indicación es otra. Después del nacimiento, a veces los padres no consiguen encontrar un ajuste a la nueva situación y se pelean; a veces el padre abandona a la madre o le es infiel, pero entonces se trata de tratamientos más dirigidos a la pareja. Son tratamientos de pareja que también realizo en este centro. Pero en estos casos el bebé puede estar presente, muy a menudo está presente, porque la presencia del bebé ayuda a

poder confrontar con el lado adulto, pero en estos casos el bebé queda en un segundo plano. No es el mismo tipo de tratamiento que madre-bebé.

TdP.- Sería un tratamiento que va dirigido fundamentalmente a los adultos.

B. Salomonsson.- Es muy importante porque estoy muy impresionado por las crisis que pueden llegar a sufrir los padres en el ajuste después del nacimiento. Son crisis muy importantes. La necesidad de hacer estos ajustes en la madre y en el padre son enormes, la rivalidad entre ellos, los celos del padre, es algo de lo que no se habla mucho. Encuentro que los vínculos entre la madre y el bebé son tan enigmáticos y se ha escrito tan poco, que siento que es un reto muy interesante. Alguna vez he hecho un tratamiento padre-bebé. Recuerdo el caso de un padre con un bebé de 8 meses en que era él mismo quién tenía que hacerse cargo de su bebé después del permiso de maternidad de la madre, y esto le angustió mucho.

TdP.- ¿Consideras que la terapia madre-bebé es más efectiva en la díada que en la tríada?

B. Salomonsson:- ¡Sí! Es lo que acabo de decir. Más eficaz, pero eso depende del tipo de trastorno. Si hay un conflicto entre el padre y la madre hay que verlos a los dos conjuntamente. Es muy interesante ver como un bebé puede existir en un clima de alto voltaje y no sufrir o no expresarlo. Otros bebés sufren mucho porque hay una tarea no resuelta en la madre. Entonces el bebé registra eso y empieza a sufrir, pero es muy enigmático. ¿Porqué hay bebés que sufren tanto y otros que no lo expresan?

TdP.- Pensaba que, cuando estamos en un tratamiento madre-bebé y se vive la situación del posparto y las ansiedades entre la vida y la muerte, esto supone un reto, un desafío.

B. Salomonsson.- ¿Cómo podemos expresar estas ansiedades? He tratado de explicarlas en el capítulo de representaciones primarias en mi libro sobre psicoterapia. Es un término que ha utilizado Winnicott y también Bion, y se puede decir que han sido muy criticados

porque se dice que el bebé no sabe lo que es la muerte. No lo sé. Hay que utilizar metáforas. Tú me hablas de la vida y la muerte, de acuerdo. Yo utilizo expresiones más fenomenológicas. Le hablo al bebé y le digo: “hay algo que te perturba, hay algo que te ahuyenta”, porque intuyo que estos sentimientos tienen una cualidad muy concreta.

TdP.- En alguna embarazada a veces se produce una detención del desarrollo y una amenaza de prematuridad. A partir de una sesión de psicoterapia y la contención de la ansiedad ¿se puede desencallar y ayudar a crecer el bebé?

B. Salomonsson.- Este campo nos lleva a borrar los límites entre el cuerpo y la mente. Es el campo psicosomático. Es interesante lo que preguntas. No tengo experiencia en esta situación de la que me hablas, pero he visitado a madres después de un parto distócico y que requirieron cesárea, pero que no se sintieron contenidas por el equipo médico. Solo con poder tener un espacio y ser atendidas durante una hora por un terapeuta que las pueda comprender y contener ya es formidable.

TdP.- En tu experiencia ¿percibes diferencia a nivel contratransferencial entre el tratamiento madre-bebé y el tratamiento con un adulto?

B. Salomonsson.- En cierto sentido sí y en otro no. Cuando se trabaja con la díada madre-bebé te pones en un campo de guerra y de amor, todo ello muy intenso, va todo muy rápido y pasan muchas cosas que no podemos comprender. Por ejemplo ¿por qué un bebé de pronto se pone a chillar? Yo miro la grabación una, dos, tres veces, no puedo entenderlo e imagino que el bebé está tan sumergido en psicósoma que hay cosas que pasan en su cuerpo, en su vientre. Lo digo con incertidumbre porque también ocurren muchas cosas cuando pienso en pacientes adultos. Con los adultos ocurren muchas cosas en las sesiones que no se comprenden si no ponemos sobre la mesa nuestra contratransferencia no verbal. ¿Cómo siente el adulto? ¿Cuál es el olor del bebé? ¿Cuál es su tono? ¿Cuál es su ritmo de su balbuceo? En conjunto se puede decir que con los bebés hay más ingredientes y acontecimientos paraverbales. Por otra parte, cuando empecé a trabajar con los pequeños

mi interés y mi focalización del nivel paraverbal en los adultos se amplió. Me he interesado siempre por estos aspectos, pero ahora, recibo más imágenes en el tratamiento adulto sobre un mundo de comunicación paraverbal. También hablo más del bebé interno. Comparo con mayor frecuencia lo que ocurre entre una madre y un bebé. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hay algo en el mundo terapéutico madre-bebé que es demasiado sentimental. A veces se pretende ayudar a la madre con su bebé como si el padre no estuviera, como si la situación triangular no existiera. Encuentro que es muy importante ser empático con la situación de desamparo de la madre, pero al mismo tiempo introducir al padre, sino se entra en un campo “sentimentalizado”.

TdP.- ¿Qué autores psicoanalíticos han influenciado más tu trabajo en la terapia madre-bebé?

B.Salomonsson.- Creo que voy a responder en relación a la temporalidad. Antes de trabajar con Norman no trataba estos casos. El fue para mí el primero y en él se ve la influencia de Bion. Para él no había diferencia sustancial entre el psicoanálisis clásico y la terapia madre-bebé. Era dogmático en este sentido. Pero cuando empecé a profundizar en la literatura madre-bebé encontré otros autores. Siento un reconocimiento por la literatura del *attachment*, que ha hallado las capacidades relacionales del bebé y ha podido describir las ansiedades propias de los diferentes tipos de *attachment*. Pero cuando nos aproximamos a una descripción del mundo interno, en el sentido psicoanalítico, considero que necesitamos una descripción más profunda de lo que debe ocurrir en el inconsciente del bebé y en el de sus padres. Nos podemos sorprender de que Winnicott no me haya influenciado demasiado. Hay dos grupos de autores que me han interesado. Uno de ellos es Freud. Empecé a releer a Freud y a descubrir que en casi todas sus obras habla del bebé. La metapsicología en Freud está enraizada en el bebé. Es una lástima que esto no esté explicado por los autores que trabajan en el campo madre-bebé. Piensan que Freud no tenía interés en el bebé, pero no es correcto. Considero que tenía siempre una mirada permanentemente dirigida hacia el bebé, pero le faltaban herramientas teóricas para aplicarlo. Es muy interesante. Sin el bebé no tendríamos metapsicología.

El otro grupo de autores son los autores de la escuela francesa. Como tenemos *un pied à terre* (como una segunda residencia) en Francia, tomé lecciones de francés y encontré muchos autores franceses que me han interesado mucho. Descubrí a Lebovici. No solo sus libros sino también los DVD que fueron grabados por Bernard Golse y que tienen gran interés. Son filmaciones muy interesantes. Con Lebovici descubrí la utilización de las metáforas. También Lebovici dice que el analista debe ser un poco histérico para trabajar con bebés porque debe identificarse con el bebé, que naturalmente es muy teatral y sin límites. También en el tema de la sexualidad infantil. Pero en este tema habla solo de la sexualidad infantil de la madre y de como puede influenciar en sus vínculos con el bebé. Una influencia importante es la de Laplanche. No trató bebés, pero ha hablado mucho de la sexualidad infantil. Me ha ayudado para poder incluirla en el trabajo con el bebé y dirigirme al bebé, pero también a la madre, haciendo una comparación. Hago a menudo comparaciones entre la sexualidad de la madre y el mundo interno del bebé y también entre su relación sexual con su marido y la relación con el pequeño. Creo que se puede hacer cuando podemos tener la confianza de la madre y ella puede comprenderlo. Se puede hacer con humor. Por ejemplo, en algún momento puedo decir: “¿qué haría usted si su marido quisiera hacer el amor sin hacerle previamente la corte?” Lo verbalizo cuando veo que la madre se lanza sobre el niño sin preparación previa, sin hablarle previamente. Creo que si se interviene con amor y sin estar uno mismo perturbado, esto ayuda a la tríada.

TdP.- Nos hablabas de Freud y los autores de la escuela francesa. ¿Hay otros autores que te han influenciado?

B. Salomonsson.- Te hablaba de Lebovici y Laplanche, de Golse, de mis contactos con los franceses y también con los italianos. Pero creo que debería haber más artículos y libros verdaderamente psicoanalíticos, porque la mayor parte de la literatura está escrita por la corriente del *attachment*. Conviene hablar también de Selma Fraiberg, porque puede que ella tuviera problemas para unir su educación *annafreudiana* clásica con su intuición sobre lo que ocurre entre la madre y el bebé. Por ejemplo, escribió un artículo muy interesante que habla de las defensas infantiles. Creo que ella tenía razón al decir que el

bebé de tres o cuatro meses puede desarrollar defensas. En un momento dado se dió cuenta de esto y luego añadió: ¡no! no es posible que el bebé utilice defensas porque es un personaje con un psiquismo tan primario que no podemos utilizar el término defensa. Eso es lo que ella escribe, pero yo lo encuentro constantemente en la clínica. Es cierto que hay bebés que utilizan defensas contra la imagen materna, que no se atreven a mirar a la madre y la rechazan de una forma muy clara.

TdP.- Nosotros hemos tenido la experiencia de un bebé que miraba a la terapeuta pero no miraba a su madre. La terapeuta estaba muy impresionada porque sentía que había un conflicto, pero éste no era visible para el pediatra. Viendo la interacción en el registro de video se veía claramente que había un grave riesgo para el desarrollo. La madre estaba muda en la interacción y estaba asustada de que su su bebé no la mirara, pero no se atrevía a manifestarlo.

B. Salomonsson.- Tenéis que escribir sobre esto y escribirlo en revistas internacionales porque creo que este fenómeno nos ayuda a comprender que el psiquismo del bebé está muy desarrollado y llega a ser muy preciso. ¿Por qué el bebé no mira a la madre y en cambio mira a la terapeuta? Es muy fascinante e impresionante.

Si el terapeuta no se atreve a ver lo que ocurre, si no puede ver lo que pasa en la mirada, en los ojos, la madre se siente muy abandonada porque ella sufre constantemente con este tema de la mirada. Todas estas madres sufren mucho porque no mirar a los ojos en una relación madre-bebé es muy doloroso. Es un sufrimiento insoportable.

TdP.- Muchas gracias, Björn, por el interesante contenido de esta entrevista y por compartir tu experiencia con todos nosotros.

Libros publicados por el Dr. Salomonsson

