

Escuchando un dueto para dos

JEANNE MAGAGNA¹

RESUMEN

Escuchando un dueto para dos. El artículo explora el proceso terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica, examinando el papel de la escucha profunda y la musicalidad en la relación entre el terapeuta y el paciente. También explora cómo la voz del terapeuta y la musicalidad del discurso -desde el tono y el ritmo hasta la intensidad emocional- actúan como un medio a través del cual se comunica el material inconsciente. Se enfatiza la importancia de ajustarse al estado emocional del paciente a través de sus expresiones vocales y gestos, en lugar de basarse únicamente en interpretaciones intelectuales. A través de estudios de caso, se destaca cómo la comunicación no verbal, especialmente mediante gestos y el silencio, desempeña un papel fundamental en descubrir heridas emocionales profundas. Se concluye reflexionando sobre la relación terapéutica como un “dueto para dos”, donde tanto el paciente como el terapeuta participan en una experiencia emocionalmente receptiva y mutuamente transformadora, fomentando la curación y el crecimiento. **Palabras clave:** *escucha profunda, psicoanálisis, musicalidad, voz, comunicación no verbal.*

ABSTRACT

Listening to a duet for two. The article explores the therapeutic process from a psychoanalytic perspective, examining the role of deep listening and musicality in the therapist-patient relationship. It also explores how the therapist's voice and the musicality of speech -from tone and rhythm to emotional intensity- act as a medium through which unconscious material is conveyed. It emphasizes the importance of attuning to the patient's emotional state through their vocal expressions and gestures, rather than relying solely on intellectual interpretations. Through case studies, it highlights how non-verbal communication, especially through gestures and silence, plays a critical role in uncovering deep emotional wounds. It concludes by reflecting on the therapeutic relationship as a “duet for two,” where both patient and therapist participate in an emotionally receptive and mutually transformative experience, fostering healing and growth. **Keywords:** *deep listening, psychoanalysis, musicality, voice, non-verbal communication.*

RESUM

Escoltant un duet per a dos. L'article explora el procés terapèutic des d'una perspectiva psicoanalítica, examinant el paper de l'escolta profunda i la musicalitat en la relació entre el terapeuta i el pacient. També explora com la veu del terapeuta i la musicalitat del discurs—des del to i el ritme fins a la intensitat emocional—serveixen com a mitjà a través del qual es comunica el material inconscient. S'emfatitza la importància d'ajustar-se a l'estat emocional del pacient a través de les seves expressions vocals i gestos, en lloc de basar-se només en interpretacions intel·lectuals. A través d'estudis de cas, es destaca com la comunicació no verbal, especialment mitjançant gestos i el silenci, juga un paper fonamental en descobrir ferides emocionals profundes. Es conclou reflexionant sobre la relació terapèutica com un “duet per a dos”, on tant el pacient com el terapeuta participen en una experiència emocionalment receptiva i mútuament transformadora, fomentant la cura i el creixement. **Paraules clau:** *escolta profunda, psicoanàlisi, musicalitat, veu, comunicació no verbal.*

Desarrollando un corazón receptivo

Me gustaría que escucharan, durante un minuto, a Grigory Sokolov interpretando el segundo movimiento del *Concierto Italiano* de Bach (1). Se puede percibir cómo la mano izquierda sostiene los acordes base de manera casi constante. Simultáneamente, la mano derecha baila

con valentía, tejiendo una melodía inspiradora que descansa sobre la seguridad de los acordes base.

Imagino que el método psicoanalítico es como los acordes base de Bach, proporcionando seguridad para que mi alma y mi cuerpo interactúen espontáneamente con el paciente. Tal vez, mi interacción espontánea con el paciente

¹Psicoterapeuta de niños, adultos y familias.
Contacto: jm@magagna.co.uk

Recibido: 24/3/25 - Aceptado: 5/5/25

refleje las notas agudas que danzan libremente en el *Preludio* del *Concierto Italiano* de Bach. A lo largo de estos cincuenta años, mi propia recuperación personal de partes perdidas de mí misma ha ocurrido a través de una escucha profunda de la musicalidad en la voz del paciente.

Posteriormente, aprendí en una charla de Colwyn Trevarthen en YouTube (Education Scotland, 2016) que la mano izquierda del bebé facilita vías para la autorregulación emocional, mientras que la derecha se comunica imaginativamente con mensajes rítmicos más expresivos hacia otra persona. Trevarthen añade que hay una manifestación intensa de la emoción a través de los gestos corporales y vocales. Existe una musicalidad narrativa en la proto-conversación, presente cuando los gestos de las manos del bebé se elevan y caen siguiendo el ritmo musical que reside en el canto o el habla de la madre.

El *self-bebé* está en sintonía con el estado mental de la madre en una musicalidad comunicativa de proto-conversación. Esta es la parte no declarativa y pre-simbólica del cerebro del bebé.

La musicalidad de la voz

La musicalidad de la voz expresa algo que aún no está representado ni puede ponerse en palabras.

El tono de la voz revela los secretos del corazón.

El ritmo lento de la voz muestra el corazón infantil herido, mientras que el ritmo rápido y excitado tiende a ocultarlo.

La suavidad y la aspereza de la voz revelan el discurso interno del inconsciente antes de que se formen los símbolos adecuados para que las palabras y los sueños puedan ser expresados de manera consciente.

Henri Rey escribió *That which the patient brings to analysis* (1988), donde sugiere que el paciente trae consigo un vínculo emocional roto con la madre internalizada. A su vez, también me pregunto: “como psicoterapeuta, ¿qué vínculos emocionales rotos traigo a mi trabajo terapéutico con el paciente para ser sanados?”. Siento que, al igual que el paciente, también traigo partes escindidas y no simbolizadas de

mi *self* infantil afligido para ser sanadas. De hecho, me di cuenta de esto cuando, durante la primera parte de la observación de un bebé con la psicoanalista Esther Bick, me congestioné por un resfriado, muy similar al que me ahogaba durante mi infancia. En realidad, creo que uno de los factores de sanación más influyentes en mi desarrollo emocional ocurrió cuando fui paciente en un análisis mientras observaba a un bebé. Sentí que no tenía otra tarea más que observar con atención la interacción y la experiencia, e identificarme plenamente con los estados mentales primitivos del bebé mientras su personalidad se desarrollaba en el contexto de su familia (Magagna, 2002).

Una comprensión corporal más profunda del estado mental en desarrollo del bebé se crea mediante la atención a sus gestos corporales y llantos. Esther Bick, psicoanalista infantil, que inició la observación de bebés en la Clínica Tavistock, me interrogó a mí, el observador. Me pidió que evocara en ella, mediante mi entonación vocal, una imitación precisa de las vocalizaciones del bebé. También tuve que imitar el tono de voz de la madre al responder al bebé mediante el canto, el habla y expresiones como “oh” y “ah”. Bick me hizo esta petición de forma reiterada hasta que los sonidos de los llantos del bebé se asentaron en el escenario de nuestras mentes y crearon una profunda experiencia de contratransferencia en nuestros corazones. Hablo sobre esto en mi artículo *Three years of infant observation with Mrs Bick* (Magagna, 2002). Como dije, siento que, mediante la escucha profunda, mientras me identifico y observo a bebés de diversas culturas, he rescatado de mi inconsciente tanto aspectos físicos como emocionales de mi propia *alma y cuerpo infantiles*. Un ejercicio importante para mí, trabajando en muchos continentes, es escuchar la musicalidad comunicativa en las voces de los participantes al pronunciar idiomas que no entiendo. Al hacerlo, imagino sus actitudes ante las interacciones de los distintos miembros de la familia. Escucho empatía compasiva, críticas, intelectualización y sobre-identificación con algún miembro de la familia, generalmente el bebé. Es un ejercicio útil para intentar ser más consciente de mi propia *musicalidad comunicativa* (Malloch y Trevarthen, 2009), cuando interactúo con la del paciente.

Además, al experimentar a un padre completamente implicado en el cuidado de su bebé, encontré un *self* que estaba afligido por la ausencia de un padre, ocupado con sus compromisos laborales.

La escucha profunda del analista

Inicialmente, cuando estudié psicoanálisis, me aferraba de manera intelectual y casi adhesiva a la teoría psicoanalítica. Esto me recordaba a cuando aprendía las notas de piano. Me aferraba con fuerza a las notas en la partitura, pero estaba tan ansiosa por acertar que no ponía pasión en mi manera de tocar. Gradualmente, al poder identificarme más plenamente con la “buena figura internalizada” -mi psicoanalista internalizado, Herbert Rosenfeld-, me liberé para adentrarme en el proceso espontáneo de escucha profunda llamado *Didiri* (Kalita, 2002). La *escucha profunda* es la forma de atención de los pueblos indígenas australianos, que no se limita simplemente al contenido de lo que se dice. Más importante aún: implica prestar atención a la musicalidad comunicativa de nuestra interacción. También supone ir más allá de las palabras y recibir en el corazón las profundas cualidades musicales presentes en la interacción entre el paciente y yo. A través de esta escucha, necesito comprender si estoy sintonizada o no con los sentimientos del paciente, encapsulados en la forma en que éste se expresa. En mi quietud, trato de identificarme plenamente con la intensidad vocal del paciente, su suavidad, disonancia, armonía, rapidez y lentitud, emoción apasionada, postura intelectual y otros diversos matices vocales. Escucho la calidad del sonido: cómo se desplaza, cambia y fluctúa. Escucho la musicalidad de la voz del paciente y la mía. He aprendido que si simplemente hablo desde mi *self* intelectual, las ondas cerebrales del paciente se alteran significativamente (Dosamentes-Beaudry, 1997). La *escucha profunda* es el comienzo de la sanación del *self* infantil encapsulado, no verbal y no declarativo, del paciente.

La escucha profunda del paciente

Descubrí que no sólo estoy aprendiendo a sanar a través de la escucha profunda, sino que

también el paciente presta atención, fundamentalmente, a las cualidades de mi voz al hablar. Herbert Rosenfeld (1990) y Wilfred Bion (1974, 1980), nuestro ocasional maestro en la Clínica Tavistock, indicaron que el paciente perturbado utiliza la escucha profunda para experimentar: “soy un paciente amado”, “soy un paciente poco interesante”, “soy un paciente odiado”, “soy un paciente criticado”, “soy un paciente aceptado y recibido”. Ahora, sin embargo, he llegado a comprender que la *musicalidad comunicativa* de mi voz es cuidadosamente escuchada e interpretada por el *self* infantil profundo de cada paciente.

Permítanme darles un ejemplo de lo que aprendí acerca de esto de parte de un adolescente de 18 años. Regina dijo firmemente: “sabes, mi padre perdía la calma muy a menudo y gritaba tan fuerte que yo me alegraba cuando él estaba en el trabajo. Estoy acostumbrada a la dureza con la que me criticaba por fumar, por salir hasta tarde. Cuando hablas con esa voz calma y suave, no me afecta. Realmente no me impulsa a sentir o actuar de manera diferente”. Cuando adecué mi voz a la de Regina, haciéndola más fuerte y firme, y acompañándola con un ritmo más acelerado y consonantes más marcadas, ocurrió algo sorprendente. Regina respondió a mi voz adaptada a la suya diciendo: “Fui a cenar con dos amigos y la comida estuvo realmente deliciosa; de verdad, una buena comida. Luego, cuando me levanté, los invité a todos. Entonces me pregunté, ¿por qué fui yo quien pagó?”.

Con mi voz más fuerte y adaptada a la suya le sugerí a Regina: “Quizás es muy difícil estar en la posición de recibir. Tal vez esto te hace sentir demasiado vulnerable, con el riesgo de sentirte herida y decepcionada.” Regina se emocionó al decir: “Estoy a punto de pensar que, después de la sesión, me apresuraré a leer ese libro.” Respondí: “Hemos tocado algo muy profundo en tu interior, alguna herida importante.” Entre lágrimas, Regina asintió lentamente: “Veo lo asustada que estoy de darme cuenta de esto.” Tras moverse y tocarse el cuello, Regina relató de manera conmovedora la historia de su infancia:

“Una noche lloraba tanto que mi madre, abrumada y frenética, me llevó a urgencias. Allí, el médico le dio unas pastillas para dormir y le dijo que debía usarlas para poder descansar.

¡Eso me dejó sola, una bebé alterada, llorando desesperadamente!”

A través de este encuentro terapéutico con Regina, me di cuenta de que soy una psicoterapeuta inadecuada si simplemente utilizo mi contratransferencia para intuir lo que siento en el momento presente con ella. Asimismo, comprendí que también soy una terapeuta incompetente si únicamente recorro a la teoría psicoanalítica para interpretar lo que pienso que significa lo que el paciente dice. *Necesito escuchar con mayor atención la forma en la que hablo* y tratar de sintonizar con la musicalidad de la forma de expresarse del paciente. Después de que Regina y yo discutiéramos esta experiencia de su llanto no escuchado, describí lo sucedido entre nosotras y le dije: “Me hiciste darme cuenta de que necesito hablarte al estilo de Rachmaninoff”. Regina respondió: “Sí, no como Bach o Chopin, ellos no resuenan conmigo.” Pensé, para mis adentros: “Todavía no”. Comprendí, con su ayuda, que ahora estaba sintonizando con la manera de hablar de la familia de Regina. Además, al estar más profundamente sintonizada con su forma de expresarse, dejé que Regina contactara con los aspectos más suaves y vulnerables de sí misma. Es, en ese momento, cuando se posibilita la transformación terapéutica. Mis supervisoras, las psicoterapeutas infantiles Anne Alvarez (2002) y Frances Tustin (2025), fueron expertas en usar sus voces animadas para llegar a niños autistas. Sin duda, su comprensión psicoanalítica era más efectiva por la forma en que empleaban maneras extremadamente expresivas de encontrarse y sintonizar con los estados de ánimo de cada uno de los niños autistas.

Escucha profunda al niño silencioso, comunicación sin palabras

Mi confianza en el método psicoanalítico se vio gravemente desafiada en 1984, cuando en la sala de pediatría me presentaron a una niña de 15 años, Tanika, que estaba en estado de coma, sin caminar, moverse, hablar ni comer. El psiquiatra infantil quería tratarla con terapia electroconvulsiva (TEC). Con el apoyo del Dr. Rosenfeld, sugerí que la medicación y una primera ronda de TEC no la habían ayudado, por lo que me gustaría proporcionarle psicoterapia

psicoanalítica. Dado que los textos populares de psiquiatría infantil afirmaban que la psicoterapia infantil estaba reservada para niños y adolescentes con habilidades verbales e intelectuales, tuve que cuestionar esta suposición. Mis estudios con Esther Bick, que me exigían observar empáticamente la interacción madre-bebé y ver cómo la madre respondía al bebé no verbal pero comunicativo, fueron la base de mi trabajo terapéutico con el equipo pediátrico de enfermeros, médicos y profesores, así como con los padres. Tanika está descrita en “Pervasive Retreat: I didn’t want to die, but I had to” en mi libro *A Psychotherapeutic Understanding of Children and Adolescents with Eating Disorders* (Magagna, 2023) (2).

También hay dos artículos importantes que contribuyeron a mi desarrollo. Uno de ellos es *Sobre el sentimiento de soledad* (Klein, 1963), en el que sostiene que la soledad emerge cuando un individuo se siente desconectado, no solo de las personas externas, sino también de los objetos internos buenos que proporcionan estabilidad emocional. Melanie Klein afirma que, cuando estos objetos internos están dañados, perdidos o escindidos debido al dolor psíquico, la agresividad y las profundas ansiedades infantiles, surge un sentimiento abrumador de soledad y aislamiento. Klein también explica que el desarrollo psicológico interno implica la toma de conciencia de la dependencia de los buenos objetos internos. Además, el desarrollo psíquico también implica comprender los propios impulsos agresivos, que pueden llevar a dañar estos objetos internos buenos. La integración psíquica viene acompañada de sentimientos de duelo, pérdida y soledad. Melanie Klein describe cómo, cuando el *self* es capaz de integrar las partes amorosas y destructivas de sí mismo que han sido escindidas y proyectadas, y de reparar los vínculos emocionales con estos objetos internos buenos dañados y perdidos, se produce una reconexión con ellos. Esto permite la creación de un mundo interno más estable, promoviendo el desarrollo psicológico hacia la madurez.

Otra influencia importante para mí es el artículo de Sydney Klein (1981), *Autistic phenomena in neurotic patients*, en el que sugiere la importancia de observar el proceso onírico para ver cómo las emociones se regulan, se simbolizan

y pueden emerger para ser expresadas verbalmente. A través de sus viñetas clínicas, Sydney Klein muestra cómo la contratransferencia corporal y emocional del terapeuta es un punto focal para la comprensión, transformación y modulación de emociones abrumadoras. Además, demuestra cómo los sueños pueden utilizarse para recuperar partes perdidas del *self*. Al analizar los procesos oníricos, Sydney Klein demuestra que incluso los aspectos más profundamente escindidos de la psique pueden ser reintegrados en la relación analítica. Klein sugiere que un sueño representa un espacio transicional en el que podemos observar la descongelación de “partes encapsuladas del *self*”. Los sueños, más que el comportamiento externo, revelan la verdad del *self* auténtico. Aprendimos esta verdad crucial trabajando con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en la unidad de hospitalización. El *falso self* del adolescente, que quiere aparentar estar listo para salir del hospital o de la psicoterapia, puede engañar incluso a los clínicos más experimentados si no se examina el desarrollo del paciente a través de la estructura interna de sus sueños (Magagna, 2023).

Comunicarse sin palabras

Otra adolescente menos grave, Caterina, a veces hablaba rápidamente, pero no sobre las verdades dolorosas relacionadas con su auténtico *self*. Su verborrea era una manera de mantenerse cohesionada emocionalmente (Bick, 1968) y de permanecer *por encima* de su verdad emocional. A través de las observaciones de bebés, había aprendido a empatizar con las protecciones primitivas omnipotentes de Caterina (Symington, 1985). Por esta razón, dejé papel y materiales de arte en la sala. Un día, cuando Caterina vino a la sesión y permaneció en silencio durante cinco minutos, le sugerí que mantener los labios firmemente cerrados parecía una manera importante de protegerse de angustiarse demasiado. Posteriormente, Caterina hizo un dibujo (ver Ilustración 1 del anexo).

Noté que las manos transmitían un mensaje tanto en el papel como en el hecho de cubrir la zona genital. Tras reflexionar intensamente sobre el impacto emocional del dibujo, le dije a Caterina: “creo que quizás el papel tiene un

mensaje que tu *self* quiere que yo entienda”. Después de un momento de silencio entre nosotras, sugerí: “por alguna razón, tu *self* casi se siente obligado a no hablar de ello”. Hubo más silencio. Intento no dejar a un paciente enfermo en un desierto de silencio cuando siento que el *self* está bloqueado dentro de una celda. Por tanto, tras otra pausa, empecé a reflexionar en voz alta: “a veces uno puede sentirse amenazado si habla. La amenaza a veces puede venir de alguien externo al *self*. Por otro lado, tal vez la amenaza venga de un *self* que no permite que el tuyo y yo nos juntemos para entender qué estás sintiendo. Eso se siente como una voz cruel que te atrapa”. Hubo más silencio y entonces Caterina bajó la cabeza de modo que su largo cabello oscuro cubría gran parte de su rostro. Me pregunté en voz alta: “parece que el papel está trayendo un mensaje, quizás queriendo darme algo que no puede ser dicho directamente”. Imaginé en voz alta, un poco para mí misma: “quizás podría ser que la mano en el dibujo estuviera cubriendo intencionadamente una parte muy íntima de la zona genital”. Una pausa más larga y después dije: “a veces puede resultar muy difícil hablar de algo tan personal conmigo, especialmente si se trata de algo muy íntimo o relacionado con la sexualidad”. Poco a poco, fue emergiendo la historia de Caterina. Está recogida en el capítulo “Complicaciones en el desarrollo de la sexualidad femenina” (Magagna y Goldsmith, 2009).

Sí, Caterina había sido víctima de abusos sexuales repetidos. Como muchos niños y niñas abusados, Caterina explicó: “me amenazaron diciéndome que, si hablaba de lo que me hacían, matarían a mi padre». Posteriormente, con otros jóvenes, he encontrado que los gestos de las manos a menudo pueden expresar lo que resulta demasiado aterrador o confuso para poner en palabras. ¡Las manos de Caterina no tenían prohibido hablar!

La niña silenciosa, otra vez

Después de trabajar con Tanika, la joven que se replegaba de forma generalizada y de la que ya he hablado, aprendí mucho del psiquiatra consultor Bryan Lask, con quien colaboré. Atendimos a otros diecinueve niños y adolescentes

con repliegue generalizado, que fueron trasladados desde la unidad de pediatría del Great Ormond Street Hospital de Londres a nuestra unidad psiquiátrica en el mismo hospital. A estos jóvenes se les ofreció psicoterapia psicoanalítica, así como un trabajo terapéutico en equipo con el personal y con los padres. Posteriormente, en nuestro libro *El niño en silencio* (Magagna et al., 2022), Bryan Lask escribió un capítulo importante titulado *El sonido del silencio* (Lask, 2022). En él incluyó la canción de Simon y Garfunkel *The Sound of silence* (1966): “Hello darkness, my old friend/I’ve come to talk with you again/Because a vision softly creeping/Left its seeds while I was sleeping/And the vision that was planted in my brain/Still remains within the sound of silence” (“Hola, oscuridad, mi vieja amiga/vuelvo a ti para conversar de nuevo/porque una visión que se deslizó en silencio/sembró sus semillas mientras dormía/y la visión que brotó en mi mente/permanece aún en el eco del silencio”).

Según Lask, “el silencio no es solo un comportamiento, es un tipo de comunicación (...) clara, fuerte y sin ambigüedades” Y continúa: “preguntar *qué se puede hacer sobre el silencio de Sara* es formular la pregunta incorrecta. Creo que un enfoque más constructivo es considerar que *Sara no está en silencio*, sino que *está silenciada*. La pregunta se puede replantear de la siguiente manera: *¿Cómo podemos ayudar a una Sara silenciada?* (...). Los niños callan por muchas razones: confusión emocional, como la ira, la rabia, la tristeza, la desesperación, el abuso y otras formas de trauma: amenazas, falta de confianza, incapacidad de encontrar las palabras correctas y confusión” (p. 45). Lask prosigue diciendo que reflexionar sobre *el momento* presente del encuentro con el niño es algo fundamental. Requiere tacto, paciencia, curiosidad y una disposición a aceptar poco o ningún progreso aparente. El reconocimiento y la aceptación de este miedo a hablar le aporta tranquilidad. Sara se encuentra en un dilema, y el silencio es su modo de afrontarlo. Lask añade que se podría decir: “Sara, me parece que no decir nada es, en cierta manera, la única forma en la que puedes manejar las cosas en este momento” (p. 48).

Por otra parte, la técnica de observación de bebés de Bick permitió tanto a mí como al personal y a los padres ampliar nuestra forma de

responder ante un paciente que no habla. *He-mos aprendido que “pensar en voz alta” acerca del encuentro actual, utilizando la forma de hablar de una madre en sintonía con el significado de los gestos no verbales de un bebé, es el camino a seguir*. El objetivo con un paciente silencioso no es “lograr que Sara hable”. El objetivo es comprender el dilema de Sara y escuchar no solo con nuestros oídos... sino también con nuestros ojos... nuestra contratrtransferencia corporal... nuestra intuición... nuestros instintos... nuestros corazones... y, por encima de todo, deberíamos escuchar profundamente el *sonido del silencio* (Lask, 2022, p. 49-50).

La paciencia como concepto importante en psicoanálisis

Lo que aprendí de Lask (2022) y de Bion es a ser paciente. Cuando Bion (1974, 1980) describe estar “libre de memoria y deseo”, se refiere a no aferrarse rígida y adhesivamente (Bick, 1968) ni a la teoría psicoanalítica ni al deseo de curar. Bion sugiere intentar utilizar una *escucha profunda* del momento presente en el encuentro con el niño o el adulto. Al trabajar con pacientes silenciosos, me he sentido inspirada a inventar relatos metafóricos, leer poemas, dibujar imágenes, cantar canciones. He hablado sobre el significado que he atribuido a sus gestos no verbales. Observo y escucho atentamente “el sonido de su silencio” y, cuando la niña desvía la mirada en otra dirección, alejándola de mí, describo, con una voz delicadamente ajustada al significado específico de sus gestos, su deseo de no estar conmigo y su temor hacia mí. También le pedí a una joven, cuando estuvo lo suficientemente activa como para parpadear como respuesta, que parpadeara dos veces si sentía que estaba comprendiendo lo que ella intentaba comunicarme. Le pedía que me ayudara a entenderla.

Hay muchos significados en la comunicación silenciosa. La *escucha profunda*, utilizando la contratrtransferencia, es algo que *todavía* sigo tratando de desarrollar en mí misma. La escucha profunda es esencial para favorecer el desarrollo de la psique del adolescente. Confiar en el método psicoanalítico de intentar estar *plenamente presente en cuerpo y alma junto al paciente* resulta de enorme ayuda. Dejar de lado el

diálogo centrado exclusivamente en el pasado o en el futuro, o en acontecimientos externos, y centrarme en el momento presente del “dueño para dos” también es crucial para fomentar la introyección del paciente de mí como una psicoterapeuta emocionalmente receptiva, vocalmente ajustada y compasivamente comprensiva. Existen tantas “curas” basadas en síntomas y en terapias breves... Sin embargo, esencialmente, lo que he aprendido es que estoy esperando a que se reparen los obstáculos que interfieren en la confianza epistémica hacia mí. La confianza epistémica (Li et al., 2023) implica la apertura para *aceptar e interiorizar el proceso de pensamiento emocional de un psicoterapeuta confiable y fiable, un proceso que consiste en sostener los sentimientos y ofrecerles comprensión empática.*

La confianza epistémica es crucial para el *desarrollo psicosocial* de la persona, ya que permite participar de manera significativa en las interacciones sociales y beneficiarse del conocimiento cultural. Las interrupciones en la confianza epistémica, a menudo debidas a traumas tempranos, negligencia o apego inseguro, pueden conducir a dificultades para aprender de los demás, interpretar mal las intenciones y adaptarse socialmente.

Estoy intentando comprender compasivamente los impasses tanto en mí como en el paciente para que el desarrollo psicológico de la persona pueda continuar (Rosenfeld, 1990). Crear un espacio emocional de meditación antes de la sesión de psicoterapia, durante ella y después, resulta fundamental. El mensaje transmitido a través de las palabras de T. S. Eliot (1940/2014) fue de enorme ayuda para mi propio desarrollo como psicoterapeuta y para la efectividad de los esfuerzos terapéuticos transformadores de todo el equipo psiquiátrico y de los padres. Aquí están las palabras de Eliot (3):

*Quédate inmóvil, dije a mi alma,
Y espera sin esperanza.
Porque la esperanza sería esperanza
En lo que no debe esperarse;
Espera sin amor
Porque el amor sería amor
A lo que no se debe amar.
Sin embargo, queda la fe.
Pero la fe, el amor y la esperanza*

*Radican en la espera.
Espera sin el pensamiento,
Aún no estás dispuesta para él.
Así, las tinieblas serán la luz
Y la inmovilidad será la danza.
Susurro de corrientes y relámpagos invernales,
El tomillo silvestre no visto y la fresa silvestre,
La risa en el jardín, eco del éxtasis,
No perdido sino exigente,
Que indica la tortura
De muerte y nacimiento.*

Utilizo el poema de Eliot (1940/2014), al igual que las palabras de Bion (1974, 1980), para ayudarme a encontrar paciencia, quietud y desapego del deseo de que el paciente avance. Tanto Bion como Eliot sugieren que esperar algo específico puede ser “lo que no debe esperarse”. También añadiría que la esperanza puede ser una esperanza narcisista: el deseo de que el paciente satisfaga la necesidad propia de sentirse un terapeuta eficaz. La buena crianza y la buena psicoterapia requieren renunciar a las expectativas personales y abrirse a una forma de desarrollo más profunda y verdadera, dejando espacio para que el joven pueda esforzarse valientemente por su propio crecimiento y sus propias decisiones.

Bion y Eliot sugieren que aferrarse a la esperanza o al amor, como apegos a resultados concretos, puede provenir de deseos egocéntricos, narcisistas, de *ser un buen psicoanalista*, en lugar de permitir que la persona encuentre su auténtico *self*.

Hay también un aspecto esencial en el poema de Eliot donde subraya la necesidad de que el terapeuta acepte las agonías de las partes infantiles del yo que cobran vida.

Estos aspectos infantiles, que se reactivan en el encuentro terapéutico, resultan incómodos para mí, para los padres y para el equipo psiquiátrico, porque expresan miedos, rabias, heridas y dependencias infantiles previamente encapsuladas. Además, entiendo que, como psicoterapeuta y como paciente, debemos experimentar el dolor de la pérdida... no solo la pérdida por muerte, sino también la pérdida dolorosa que ocurre al final de cada sesión de psicoterapia. Tanto el paciente como el analista deben atravesar también el final doloroso del

dueto para dos.

Sin embargo, con suerte, tanto el paciente como el analista podrán interiorizar esa experiencia y seguir desarrollando una comprensión compasiva de sus emociones internas. Donald Meltzer, en su libro *Dream-life* (1983), sugiere que tanto analista como paciente, al observar sus sueños durante todo el desarrollo del *dueto para dos* y tras finalizar el análisis, continúan el proceso de recuperación de partes ocultas, encapsuladas y pérdidas del yo.

Tras haber ayudado a una joven, Tanika, a retomar su trayectoria de desarrollo, con el apoyo de Herbert Rosenfeld, Anne Alvarez y Donald Meltzer como mentores, mantengo mi fe en el método psicoanalítico. Esto me ayudó a soltar parte de mi ambición narcisista de ser una “buena terapeuta” y me permitió abrirme a un contacto más profundo y auténtico, tanto con mis propios sentimientos como con los del paciente.

Al invitar al alma a “esperar sin amor”, Eliot me ha permitido considerar la posibilidad de esperar sin un amor que exige egoístamente que el paciente salga de su estado comatoso.

Bion (1974, 1980) ya había propuesto “esperar sin memoria ni deseo”, en lugar de esforzarse por comprender completamente qué ha llevado al adolescente a retirarse por completo de la vida.

Eliot sugiere que, al renunciar a los deseos personales, uno puede encontrar una forma más verdadera de conexión emocional en el *momento presente*.

Restablecer el vínculo roto con el terapeuta y con el objeto interno bueno permite que el joven continúe su camino de crecimiento emocional. Este crecimiento implica depender de otros y del objeto bueno interiorizado. Implica confiar en *ese objeto interno bueno* para protegerse, nutrirse y comprenderse a uno mismo. El camino del crecimiento emocional consiste en aferrarse al objeto interno bueno, en lugar del yo omnipotente, que impide una intimidad profunda con el otro y fomenta la retirada de un mundo percibido como poco confiable, hiriente, generador de odio y sufrimiento.

Finalmente, cuando Eliot dice “Pero la fe, el amor y la esperanza radican en la espera”, creo que la fe en el método psicoanalítico, el amor por el paciente y la esperanza de que

esta terapia no sea en vano no desaparecen, sino que están contenidas en el acto mismo de esperar. *Esperar*, por tanto, se convierte en un estado de apertura y receptividad paciente frente al repliegue del paciente en el silencio. Me doy cuenta, en esencia, de que *confiar en el proceso psicoanalítico de escucha profunda* de lo que el paciente despierta en mí es crucial. Y también me doy cuenta de que, al renunciar al deseo de controlar al paciente y permitir la emergencia del yo más profundo, verdadero y auténtico, en toda su complejidad, yo misma me desarrollo como psicoterapeuta psicoanalítica. Esperar es una forma de fe, en la que la verdadera transformación no ocurre por esfuerzo, sino por confiar en el proceso psicoanalítico de ser auténticos juntos en el momento presente.

Además, el “esperar sin pensamiento” de Eliot implica que la *intelectualización*, el *apego rígido a la teoría psicoanalítica*, debe suspenderse para que pueda emerger una comprensión más profunda. El pensamiento psicoanalítico actúa como el “acorde base”, proporcionando una base segura para un intercambio emocional espontáneo entre la persona en psicoterapia y yo.

Conclusión

Uno de los principales puntos de impasse en la psicoterapia es, sin duda, mi deseo impaciente de que el paciente avance. Con el poema de Eliot siempre presente, y mediante la *escucha profunda* de mis propios sentimientos evocados por los del paciente, puedo formular una interpretación silenciosa y descubrir formas de estar presente con él de un modo musical y emocionalmente sintonizado, alcanzando los niveles infantiles más profundos de su personalidad. La verdad psicológica sobre uno mismo está más allá de las palabras y de la razón. Es un estado al que solo se puede llegar a través de una quietud receptiva y una sintonía emocional-musical tanto con la persona en psicoterapia como conmigo misma. La transformación de las estructuras internas de la personalidad (y del propio cerebro) se produce mediante la *escucha profunda* del paciente, en un *dueto para dos conmigo mismo*.

Notas

- (1) Pueden escucharlo en la actuación en el Menuhin festival, en Suiza, del 21 de julio de 2011, en el canal de Youtube de Auke J2: <https://www.youtube.com/watch?v=-NUGiuSDD4Y>
- (2) “Retiro generalizado: No quería morir, pero tenía que hacerlo”, del libro *Una comprensión psicoterapéutica de niños y adolescentes con trastornos alimentarios*, no traducido al español (Nota del T.).
- (3) Se ha utilizado la traducción de José Emilio Pacheco, publicada en la revista *Letras Libres* en enero de 2014 (Nota del T.).

Traducción del inglés de Xavier Costa.

Bibliografía

- Alvarez, A. (2002). *Una presencia que da vida: psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, deprivados y víctimas de abuso sexual*. Biblioteca Nueva.
- Auke J2. (2011, diciembre 18). *Grigory Sokolov: Bach Italian Concerto 2nd movement* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=-NUGiuSDD4Y>
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49(2-3), 484-486.
- Bion, W. R. (1974). *Atención e interpretación*. Paidós.
- Bion, W. R. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Li, E., Campbell, C., Midgley, N. y Luyten, P. (2023). Epistemic trust: a comprehensive review of empirical insights and implications for developmental psychopathology. *Research in psychotherapy (Milano)*, 26(3), 704. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.704>
- Dosamantes-Beaudry, I. (1997). Somatic experiences in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 517-530. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079738>
- Education Scotland (2016, 13 de enero). *Pre-birth to Three: Professor Colwyn Trevarthen - Musicality of Language* [vídeo]. Youtube: https://www.youtube.com/watch?v=HLI_tB60hqM
- Eliot, T. S. (1940). East Coker (J. E. Pacheco, Trad.). *Letras Libres*. Recuperado de: <https://letraslibres.com/wp-content/uploads/2016/05/eliot-e.pdf>
- Kalita, L. (2020). Deep listening: Explorations on the musical edge of therapeutic dialogue. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 282-289. <https://doi.org/10.1037/pap0000285>
- Klein, M. (1963). Sobre el sentimiento de soledad. En *Obras completas* (Vol. 4). Paidós
- Klein, S. (1980). Autistic Phenomena in Neurotic Patients, *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 395.
- Lask, B. (2022). El sonido del silencio, en Magagna, J., Tizón, J. y Saba, M. (ed.). *El niño en silencio. La comunicación más allá de las palabras*. Herder.
- Magagna, J. (2023). *A Psychotherapeutic Understanding of Children and Adolescents with Eating Disorders*. Routledge.
- Magagna, J., Tizón, J. y Saba, M. (ed.). *El niño en silencio. La comunicación más allá de las palabras*. Herder.
- Magagna, J. (2002). Three years of infant observation with Mrs Bick. En A. Briggs (Ed.), *Surviving Space: Papers on Infant Observation* (pp. 75 105). Karnac.
- Magagna, J. y Pepper Goldsmith, T. (2009). Complications in the development of a female sexual identity. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(1), 62-80. <https://doi.org/10.1080/00754170902750164>
- Malloch, S. y Trevarthen, C. (2009). *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*. Oxford University Press.
- Meltzer, D. (1984). *Dream-Life, A Re-examination of Psychoanalytic Theory and Technique*. Clunie Press.
- Rey J. H. (1988). That which patients bring to analysis. *The International journal of psychoanalysis*, 69(4), 457-470.
- Rosenfeld, H. A. (1988). *Estados psicóticos*. Hermé.
- Rosenfeld, H. A. (1990). *Impasse e interpretación: factores terapéuticos y antiterapéuticos en el tratamiento psicoanalítico de pacientes neuróticos, borderline y psicóticos*. Tecnipublicaciones.
- Simon, P. y Garfunkel, A. (1966). *The Sound of Silence* [Canción]. *Sounds of Silence*. Columbia

Records.

Symington, J. (1985). The survival function of primitive omnipotence. *The International Journal*

of Psychoanalysis, 66(4), 481-487.

Tustin, F. (2025). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Amorrortu editores.

Anexos

Ilustración 1. Dibujo de Caterina

