
APLICACIONS

Psicoteràpia breu en perinatalitat en un Centre d'Atenció Primària: una psicoteràpia centrada en la parentalitat en embarassades amb risc de depressió i ansietat¹

Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXV/2

Marta Gomà², Antònia Llairó³ i Tuulikki Trias⁴
Barcelona

Es presenten les bases teòriques i tres il·lustracions clíniques relatives a la Psicoteràpia Centrada en la Parentalitat (PCP) aplicada en l'etapa perinatal, des de l'embaràs fins als 6 mesos del bebè. A partir de la simptomatologia depressivoansiosa, es treballen els aspectes de representació, projecció i identificació

1. Aquest text va ser presentat a la sessió científica de la SEP el mes d'abril del 2018 i forma part de la recerca que porta el títol «Impacte d'una intervenció centrada en la parentalitat en embarassades amb risc d'ansietat i depressió en un Centre d'Atenció Primària: desenvolupament de les representacions maternes i la relació mare-bebè». Ha obtingut la beca de la IPA núm. 4526 i compta amb el suport institucional de la SEP, la Secretaria de Salut Pública, el Pla Director de Salut Mental i Addiccions i el Grup de Recerca Parella i Família de la Universitat Ramon Llull. És mentora de la recerca la Dra. Joana Tous i el Dr. Palacio Espasa n'és el consultor.

2. Doctora en Psicologia, candidata de l'IPB, psicoterapeuta Bruc Salut. Membre del Grup Recerca Parella i Família. E-mail: marta.goma@gmail.com

3. Psicoanalista SEP-IPA, psicòloga clínica i psicoterapeuta Bruc Salut (SEYPNA, FEAP). E-mail: antonia.llairo@gmail.com

4. Doctora en Psiquiatria infantil, candidata de l'IPB, psicoterapeuta Bruc Salut. E-mail: tuulikki.trias@gmail.com

propis de la relació parental, en el món intern, en la fantasia i en la realitat de l'aquí i l'ara de la relació en la sessió terapèutica.

És un treball dut a terme en el context de recerca en un Centre d'Atenció Primària de Salut, i s'hi estudia l'evolució de les representacions maternes i la relació mare-bebè.

Paraules clau: psicoteràpia centrada en la parentalitat, depressió perinatal, representacions maternes, perinatalitat, relació mare-bebè, seqüència interactiva

Introducció

Es presenten unes bases teòriques i clíniques relatives a la recerca que es porta a terme per part de les autores d'aquest article. Tenen com a referent les recerques de l'escola de Ginebra sobre psicoteràpia centrada en la parentalitat (Moayedoddin & Nanzer, 2013; Pellet & Nanzer, 2014), que comporta una intervenció psicoterapèutica breu focalitzada en la detecció de les característiques de les representacions maternes i les projeccions i identificacions que es donen en la relació parental. Es tracta de la implementació d'un estudi que aporta una intervenció psicoanalítica en un context d'atenció primària de salut. Es treballa formant part d'una xarxa que inclou llevadores, infermeres, metges de família, i pediatres del CAP Roquetes-Canteres de Barcelona, ubicat en un entorn socioeconòmic baix i amb un índex d'emigració alt. Es tracta, doncs, d'un treball multidisciplinari que, per les seves característiques, va obtenir la beca de recerca de la IPA núm. 4526 per estudiar l'impacte de la psicoteràpia psicoanalítica en el desenvolupament de les representacions maternes i de la parentalitat.

Base teòrica

El desenvolupament saludable de les capacitats parentals és un factor protector del creixement psicològic i neurobiològic del bebè i del nen. La relació primerenca és el catalitzador del desenvolupament emocional i cognitiu. La simptomatologia depressivoansiosa en les mares en el període perinatal dificulta l'establiment d'una relació saludable. Alliberant la mare dels conflictes interns que poden influir en les seves representacions s'ajuda a incrementar les capacitats per copsar i respondre a les necessitats del bebè, circumstància que promou un millor aferrament i posterior desenvolupament.

Volem destacar en el desenvolupament de les capacitats parentals la importància d'aturar-se en les representacions maternes. Sabem que el fill desperta desitjos, pors i fantasies: unes de realistes, algunes d'idealitzades i d'altres gairebé terrorífiques. Quan aquestes representacions estan pertorbades poden produir-se alteracions en la relació primerenca mare-bebè.

La importància clínica de les representacions maternes sobre el fill ha de ser molt valorada en tot el seu context. Quan els conflictes, els dols del desenvolupament o els dols vitals no han pogut ser elaborats, la relació mare-bebè pot resultar distorsionada a causa de la projecció d'aspectes idealitzats o rebutjats que s'atribueixen al bebè. Aquests conflictes, que s'expressen en la relació parental, representen un intent de compensar o reparar allò que no ha pogut ser elaborat quan la dinàmica és pròpia d'una parentalitat neuròtica. Quan les identifications projectives dels pares són properes a la patologia, projecten aspectes d'ells mateixos o de la seva experiència en el nen i deformen la imatge del fill, amb el risc que el fill s'identifiqui amb allò projectat. Cal estar, doncs, amatents a la influència patògena de les representacions distorsionades. Els estudis de Klein (1952), Fraiberg (1975), Lebovici (1983), Cramer i Palacio (1993) han permès eixamplar-ne el coneixement i l'estudi. S'ha produït un interès creixent per la parentalitat, ja sigui a partir de l'estudi de les fantasies maternes, de les interaccions precoces, de l'observació de bebès (Bick 1968), de l'estudi de la díade o de la microanàlisi relacional a partir dels anys 80.

L'escola de Ginebra ha concebut una avaluació de les representacions maternes específica per a l'etapa perinatal a través de l'instrument dissenyat per Stern *et al.* (1989) en el marc de la psicoteràpia centrada en la parentalitat (PCP). Aquesta intervenció breu se centra en aspectes de la relació parental com la projecció i la identificació. Els aspectes inconscients o preconscients esdevenen especialment accessibles i mal·leables, i fàcilment afluoren en la mare durant el període perinatal. La recerca que explora les primeres relacions d'objecte des d'abans del naixement mostra l'alta incidència dels trastorns psíquics vinculats a l'embaràs i al postpart. Cal assenyalar que els problemes de depressió i d'ansietat perinatals són considerats greus preocupacions de salut pública per l'OMS.

La psicoteràpia centrada en la parentalitat (PCP)

Deriva de les psicoteràpies mare-bebè iniciades per Cramer i Palacio en la dècada dels vuitanta. L'Escola de Ginebra ha treballat llargament en el model i ha conceptualitzat i ha elaborat un manual de psicoteràpia psicodinàmica basat en el model kleinià de comprensió de la ment per tractar els conflictes propis de la relació parental.

El nostre interès pel període perinatal comença en l'embaràs i s'estén fins als 18 mesos després del naixement. Es tracta d'un moment especialment preventiu per al treball sobre la parentalitat. La transparència psíquica conceptualitzada per Bydlowski (1991) permet a la mare fer moviments d'anada i tornada entre la seva història infantil precoç i els moviments d'identificació amb el seu bebè. Es tracta d'un mecanisme fisiològic i psicològic indispensable per tal que la dona pugui anar adquirint la seva identitat i els aspectes parentals com a mare.

La manera com la mare es percep en la seva història infantil influeix en la manera com ella imagina i fantasieja el seu bebè. Les representacions que la mare té de les relacions amb els seus pares i del seu passat incideixen en la representació del seu fill i de la relació que vol establir-hi i en com ella s'imagina com a mare.

Indiquem la PCP en el període perinatal en embarassades amb simptomatologia de risc d'ansietat-depressió, en el moment evolutiu més precoç, de manera que tenim una funció preventiva per a futures alteracions del vincle. La PCP s'aplica de manera flexible segons el context i la indicació. En el nostre estudi comporta una exploració de les representacions maternes mitjançant una entrevista semiestructurada i una intervenció psicoterapèutica de 6 sessions de psicoteràpia: tres abans del part i tres en els mesos posteriors, fins als 6 mesos del bebè. Estudiem l'evolució de les representacions i l'evolució de la simptomatologia depressivoansiosa de la mare al llarg del procés psicoterapèutic. La simptomatologia depressivoansiosa s'avalua clínicament i mitjançant qüestionaris estandarditzats (EPDS i STAI). Fem un seguiment de l'evolució de la relació mare-bebè i del desenvolupament al cap d'un any d'haver finalitzat la PCP, és a dir, quan el bebè té 18 mesos.

S'ha observat que una gran part de les mares que es tracten en l'estudi sovint han patit pèrdues, conflictes i dols infantils que no han pogut ser elaborats. El bebè que ha de néixer és l'objecte ideal per a la projecció dels objectes interns dels quals els pares no han pogut elaborar el dol. El treball terapèutic s'orienta a l'establiment d'unes imatges i representacions internes més saludables ja des de l'embaràs. La PCP pretén afavorir el canvi de les representacions relatives a la seva identitat parental, a l'elaboració dels dols. Es necessita alimentar una relació mare-bebè saludable per crear així un continent per a les ansietats parentals. El fet d'alliberar, ja durant l'embaràs, la ment de la mare de continguts pertorbadors permet tenir més espai mental disponible per al bebè. Després del part, les sessions de PCP amb el bebè present, permeten que la projecció de la mare sobre el bebè es manifesti en l'aquí i l'ara de la sessió. Les seqüències interactives patològiques s'escenifiquen i expressen de nou el conflicte ja tractat en la mare, en la dinàmica de la interacció. Amb la interpretació del terapeuta, la mare i el bebè poden viure i identificar la projecció i s'obren portes per modificar-la, cosa que dóna lloc a una interacció més saludable.

A través d'il·lustracions clíniques es mostra el treball de PCP i l'avanç en tres casos clínics que han pogut evolucionar favorablement en la relació mare-bebè. El primer cas fa referència a allò que no es recorda però que no s'oblida, referit a traumatismes que han incidit en etapes preverbals: traumatismes primerencs patits per la mare i la seva evolució en el procés terapèutic. En la segona il·lustració clínica es mostra el treball sobre un procés de dol que porta al rebuig i impedeix que s'organitzi la relació d'acceptació. En el tercer cas, es tracta la projecció sobre dos bebès bessons en els quals el dipòsit d'imatges dissociades dificulta una vinculació saludable.

Primera il·lustració clínica

Lola: Allò que no es recorda però no s'oblida

La Lola té 33 anys i està embarassada del seu segon fill. Està de 28 setmanes quan es posa en contacte amb el nostre equip. La llevadora descriu un embaràs desitjat, planificat i amb suport emocional de tota la família.

La Lola presenta diabetis gestacional i descriu una complicada història familiar materna de diabetis. No fa referència a cap història de trastorn mental ni d'abús de substàncies ni d'altres riscos.

En l'exploració de la setmana 24 obté una puntuació de 9 en EPDS i d'un 65% en *ansietat estat* i un 55% en *ansietat tret*, unes puntuacions que indiquen una necessitat d'intervenció psicoterapèutica en PCP segons els punts de tall establerts.

A la primera visita explica a la terapeuta que està esperant una nena, que es dirà Estela, com la seva àvia materna. L'àvia ha estat una figura molt important per a ella, i afegeix que aquesta àvia havia mort feia 6 anys.

Creu que la seva ansietat està vinculada amb els temors que es repeteixin les mateixes complicacions en l'embaràs i el postpart que va tenir amb el seu primer fill. Fa 2 setmanes la diabetis s'ha descontrolat malgrat estar de baixa des de fa 5 setmanes. La història familiar de diabetis l'espanta, perquè un cosí segon va néixer amb un pes de 5 kg i amb cataractes congènites.

La Lola diu que acostumava a caminar cada dia una estona, però s'adona que darrerament la seva ansietat no li permet cuidar-se.

Va arribar aquí fa 3 anys procedent del Sud, per la feina del seu marit. Està contenta perquè la mare vindrà quan s'acosti la data del naixement del bebè per ajudar la família. Una situació molt dolorosa emergeix quan la Lola parla del seu pare, que va morir d'un càncer de ràpida evolució quan ella era una criatura de 10 mesos. Els avis materns han estat els seus cuidadors mentre la seva mare va haver de buscar una feina a temps complet i va estar molt absent.

Comenta amb satisfacció que el seu marit ja ha adaptat els seus horaris laborals per tenir les tardes lliures i estar pendent de la nena. És un pare atent, juga molt amb el fill, i està content i il·lusionat amb l'espera de la petita. Ella valora la presència del pare amb il·lusió i futur.

La preocupa el fet de patir insomni greu des de les 8 setmanes d'embaràs.

La terapeuta assenyala que certes coses estan remogudes i sembla que cau en un cercle viciós: està en estat d'alerta i no pot descansar ni ocupar-se d'ella, i com que aquesta situació l'amoïna, li treu el son.

S'adona que està preocupada per la diabetis, que hi dóna voltes i, tot i que no pensa constantment en les conseqüències, sempre és present al seu cap.

En relació amb les representacions maternes, parla de voler ser una mare atenta i cuidadora per a la seva filla, però es representa a si mateixa espantada, força controladora i bastant preocupada. Se sent lleugerament insatisfeta, i considera que el seu rol matern li resulta bastant difícil. Imagina la seva bebè bastant ansiosa i excitada.

Es pot apreciar que la situació traumàtica de la seva infantesa ressurgeix fàcilment: va perdre el seu pare i va quedar amb una mare trista i desorientada que es va posar a treballar i la deixava amb l'àvia materna. La Lola mai no havia pogut parlar d'aquesta situació, que ara li retorna a la ment. Els fantasmes de l'habitació dels infants, com descriu Fraiberg, juntament amb la diabetis gestacional, interfereixen en la seva capacitat per imaginar un futur saludable i diferent.

La terapeuta valora com un bon indicador que la Lola té una manera clara i directa de parlar sobre les seves emocions fent comentaris com el següent: «M'estresso molt fàcilment, m'enfado i tot pren massa importància. Estic en una muntanya russa d'emocions!».

El marc estructurador de la sessió i la permeabilitat pròpia de la transparència psíquica fan que la pacient fàcilment contacti amb les seves fantasies inconscients. Això permet a la terapeuta establir un bon contacte i trobar els focus de treball.

PCP en l'embaràs

Basant-se en el *feedback* de la visita i de les representacions, la terapeuta identifica tres focus de treball:

1. La situació traumàtica que la Lola va viure com a bebè, amb la pèrdua del pare, i ara reviu una pèrdua que mai no ha estat elaborada ni oblidada (memòria implícita).
2. La diabetis gestacional: controls, conseqüències i pors associades.
3. Creació de la funció materna fent espai mental per a la bebè.

Situació traumàtica d'infantesa en relació amb el pare

La Lola pot començar a elaborar la pèrdua del pare des de l'inici de la PCP, explorant i reconeixent els seus sentiments. Els comparteix amb la terapeuta i els atorga un espai a mesura que va recuperant la figura paterna. S'observa una clara identificació de la Lola amb la bebè que està gestant. Recorda alhora una mare preocupada, distant i seca; al mateix temps, emergeix la importància de l'àvia materna, una àvia tendra, sensible, afectuosa i sempre disponible. La bebè es dirà com ella, Estela, i vol que sigui com ella.

A mesura que ho anem tractant, la Lola comença a sentir que la mare va ocupar el rol patern durant la seva infantesa, mentre que el rol matern el va assumir l'àvia. Reorganitzem així les experiències i emocions i les figures internes. Ara la Lola no sent tanta buidor. Pot reconèixer dins seu les funcions paternes que ha desenvolupat la mare (aportant recursos econòmics amb la seva feina) i les funcions maternes en l'àvia, present i afectuosa.

La diabetis gestacional

Les sessions se centren en l'escolta de les preocupacions somàtiques que van sorgint i en el reconeixement del suport que necessita al seu voltant per tal que li permeti cuidar-se. Reflexionem sobre els ritmes d'activitat i descans i veiem que són aspectes saludables i necessaris que ella ha de mantenir per tenir espai mental per a la bebè, en no sentir-se apesurada per l'ansietat i la culpa.

Les pors associades amb les possibles conseqüències de la diabetis gestacional també tenen espai en la teràpia. La pacient s'arriba a conscienciar de les conseqüències somàtiques, que són verbalitzades de forma realista i alhora són escoltades i contingudes. No poden ser minimitzades ni considerades de poca importància.

Un mes abans del part, la Lola ja no pateix insomni i controla bé la diabetis. La bebè té ara un percentil de creixement de 72% i la terapeuta s'assabenta llavors que a l'inici de la teràpia havia estat de 93.

Crear la funció materna, obrir espai mental per a la bebè

Es poden anar fent fora els fantasmes de l'habitació dels infants, com diu Fraiberg. La Lola va fent espai per a la bebè que està en camí, imaginant una relació més saludable. Se sent més viva i energètica. Està relaxada, ja que es pot organitzar i tenir temps per a la seva filla.

La contenció emocional treballada a les sessions i el suport de la seva mare, que ha avançat la seva vinguda, la proveeixen d'una matriu física i emocional que crea funció materna i proporciona espai mental per a la bebè.

PCP postpart

El naixement de l'Estela és eutòcic i satisfactori. La Lola s'ha sentit en confiança. Alhora està sorpresa del neguit del seu marit i de com ella l'havia de tranquil·litzar i transmetre-li confiança per tal que pogués ajudar-la en el part.

Quan la bebè té 2 mesos progressa satisfactòriament en el seu desenvolupament. La terapeuta observa, però, quelcom especial. La mare diu, de forma sobtada, que des de la darrera setmana se sent trista i sent que té molt desordre a casa,

fet que l'angoixa. En aquest moment, la nena comença a plorar. La Lola no li presta gaire atenció, mentre explica que el seu marit ha intentat retornar al seu treball, al Sud, i que just fa una setmana l'hi han denegat. El pare suggereix a la mare que podrien tornar al poble d'origen, ella i els nens, i que ell ja hi aniria quan la feina li ho permetés.

De sobte, la terapeuta sent que la família està desordenada i espantada. Potser té a veure amb el reajustament que ha comportat l'arribada de la nena: l'Estela arriba i la família es reestructura. La terapeuta assenyala que el sol fet d'imaginar una escena tan similar a la que la Lola va viure com a bebè pot remoure un munt d'emocions. Interpreta que la Lola podria estar revivint el patiment de la mare sola amb dos nens petits i podria sentir el temor de tenir un pare absent. La petita Estela deixa de plorar i s'adorm als braços de la mare. Les llàgrimes apareixen als ulls de la Lola i la terapeuta s'adona del xoc de connectar amb quelcom que ella no recorda però que tampoc no oblida. Al cap d'uns moments, diu que no ho havia pensat en absolut i se'n sorprèn! Marxa pensativa i diu que està molt agraïda. La terapeuta sent que la petita Estela està també agraïda, en veure que està relaxada i ben adormida als braços de la mare. Els fantasmes han marxat i pot descansar...

Canvis en les representacions maternes al final del procés terapèutic

En la valoració quantitativa, la Lola se sent més en confiança, menys controladora, menys preocupada i més satisfeta com a mare. Sent el seu rol matern més fàcil del que ella havia imaginat. També sent el bebè més relaxat. Tots aquests canvis en les representacions es donen tant en l'àmbit qualitatiu com en el quantitatiu.

Canvis en les puntuacions inicials EPDS i STAI

En relació amb la simptomatologia depressivoansiosa es produeix també un canvi: disminueix en 3 punts en EPDS, 5 punts en Ansietat estat i 15 punts en Ansietat tret.

Conclusions

Durant l'embaràs i el postpart la mare està més sensible i més en contacte amb les seves fantasies i les seves experiències infantils. Aquest estat, conceptualitzat per Bydlowski (1991) com a transparència psíquica, permet una plasticitat especialment favorable per a l'elaboració i la transformació en la teràpia de les experiències doloroses prèvies.

Les experiències traumàtiques preverbals reapareixen i poden ser contingudes i enteses en l'espai terapèutic en lloc de ser actuades i repetides en la interacció mare-bebè (Salomonsson, 2014).

La ment del terapeuta estableix un espai de continuïtat i de significació entre l'abans i el després del naixement, que acompanya la mare cap a la maternitat. La ment del terapeuta funciona com un espai transicional: conté els pensaments i sentiments, les pèrdues i els traumes. Les paraules van donant sentit a les experiències i es van transformant les representacions maternes (Bion, 1962). Més tard, la mare internalitza els significats per contenir i tractar les ansietats a través de la seva experiència interioritzada a partir de l'espai terapèutic.

Segona il·lustració clínica

Els dols de l'Ana: l'acceptació i el rebuig en la seqüència interactiva simptomàtica

El metge de família deriva l'Ana a l'estudi. Està embarassada de 7 mesos quan mor bruscament la seva mare. Aquesta situació desvetlla ansietats catastròfiques, la pèrdua no pot ser elaborada. Mare i filla tenien una relació enganxada, simbiòtica. L'Ana no podrà viure sense poder-se ficar al llit de la mare a fer la migdiada i sentir el seu cos enganxat al d'ella. Els elements sensorials d'olor, contacte corporal, tacte, són els únics elements fragmentats que li queden. Només li queden les empremtes sensorials. Amb l'objecte fusionat (tan «enganxadetes» com descriu que estaven) no hi ha pèrdua sinó ensorrament. D'altra banda, les separacions han estat molt difícils al llarg de la vida i han pres el sentit de ruptures.

En el cribatge inicial la puntuació EPDS és de 20 i l'STAI de 95-97. Tractant-se d'una situació d'alt risc, s'indica una PCP de 4 sessions abans del part i 4 sessions després del part. El pare participa en una sessió abans del part i en 2 sessions en el postpart.

Durant l'embaràs, la terapeuta treballa el dol i els dos focus de separació-ruptura i d'acceptació-rebuig que es troben en la base de les dificultats, vinculats als aspectes sensorials. En les sessions apareix la culpa en relació amb la mare, el dol de l'emigració de fa 5 anys, el sentiment de soledat. En perdre la mare desapareix mig món per a ella, i l'embaràs no porta la mateixa felicitat que abans... De vegades pensa en la possibilitat de morir en el part i així es trobaria de nou amb la mare. Podem parlar de com de difícil és d'acceptar el bebè i el temor que se li barregin els sentiments de dolor i de criança, que li semblen contradictoris i incompatibles.

L'Ana pot apropar-se a parlar del dolor i del bebè. La terapeuta li diu que la pot ajudar perquè vagi recuperant l'experiència viva de relació amb la seva mare a dins d'ella, que pugui evocar els records i associar lliurement en la sessió. L'Ana parla de l'absència de la mare i del pare, i destaca la importància de la seva parella per tal que la seva filla pugui tenir un pare. S'hi recolza molt, en ell. Està present en la segona sessió d'embaràs i en la primera postpart. És un home prudent i curós, ben disposat a tractar de comprendre i trobar el seu lloc com a pare.

A mesura que el part s'apropa, l'Ana imagina a la bebè difícil. Diu: «És tremenda!», i bastant nerviosa, poruga. L'Ana expressa el temor de ser una mare aprensiva, vol temperar el seu caràcter perquè sap que és impositiva. Recorda haver estat una nena exigent i difícil, un aspecte que evoca en les representacions de la bebè, que imagina com una adolescent molt rebel. Va viure moments de distanciament i d'allunyament d'una mare excessivament enganxada a ella. Somia que podrà donar sentit a les imatges en la sessió: somni d'explosió de vidres que es trenquen, poc abans del part, que expressa la por que tot es fracturi i s'esmicoli.

Part

La bebè neix bé i a terme; pesa 3,5 kg. Els pares parlen del seu impacte inicial: la responsabilitat els aclapara. S'ho combinen bé per fer-se càrrec de la petita Sofia. L'Ana reclama l'afecte de la seva parella, que considera que està massa pendent de la petita i poc d'ella. L'Ana ha decidit no alletar la seva bebè. L'hi va prometre a la mare en el moment de la mort, quan estava embarassada de 7 mesos. Ara l'Ana té por de fer-li mal al bebè, sense voler, amb la seva tristesa. Prefereix que sigui el pare que se n'ocupi. Potser l'Ana és ara el bebè que ha perdut la mare. Potser l'Ana se separa del seu bebè per mantenir el vincle enganxat amb la mare en la seva fantasia.

Als 3 mesos de la bebè: seqüència interactiva simptomàtica d'acceptació-rebuig

Quan la Sofia té 3 mesos, l'Ana diu que està paranoide des de fa 15 dies. Se sent malament per tot el que diu i el que fa. Se sent malament en el seu cos. Se sent més petita que les altres mares. Diu: «En el grup de WhatsApp pensaran que sóc una mala mare. Tinc una explosió d'emocions!».

L'Ana pregunta: «Pot ser que quan m'acosto a la bebè ella m'aparti amb la seva maneta?». I afegeix que ho ha experimentat així els últims dies.

La terapeuta li pregunta com ho entén i ella li explica que quan acosta la seva cara a la cara de la nena, la Sofia posa el seu braç estès cap a ella per allunyar-la. La terapeuta li parla del moment en què ella es va apartar de la seva pròpia mare, en l'adolescència.

L'Ana mira la terapeuta, es manté uns moments en silenci, i diu: «jo... als 14 anys... li deia a la meua mare: "Deixa'm! Vés-te'n!" i me la desenganxava del meu cos... em molestava... potser és això!...». Llavors parla de sentir-se malament per haver rebutjat la seva mare en aquella època. La terapeuta reflexiona sobre la distància necessària en l'adolescència, però alhora diferencia que aquest no és el moment de la petita Sofia.

Llavors, l'Ana se sent alleujada en adonar-se que són les seves pors de ser rebutjada com ella va rebutjar la seva mare. S'inicia el procés de diferenciació

de la relació actual de la viscuda amb la pròpia mare. La terapeuta proposa col·locar la Sofia sobre la llitera d'exploració mirant la mare, de cara enlaire. La terapeuta s'adreça a la Sofia tot dient que la mare està inquieta i que se li vol apropar suaument per fer-li un petó. La Sofia escolta atentament la terapeuta i comença a pedalejar amb cames i braços. L'Ana s'acosta a la bebè sentint que la vol acaronar, però la Sofia encara no pot coordinar bé els seus moviments. L'Ana s'adona que són les seves fantasies i que vertaderament la Sofia estén els seus braços cap a la mare per tocar-la i li somriu. La terapeuta els parla suaument descrivint els moviments de desig d'interacció de forma clarament intencional per part de la Sofia. L'Ana s'apropa, després d'un moment de dubte, i la Sofia explora la cara de la mare amb interès.

Amb aquesta seqüència interactiva s'aprecia clarament que l'Ana projectava en la bebè el rebuig que ella va viure envers l'àvia. La nena es podria tornar una bebè que rebutja: quan t'atanses a algú i aquest algú t'evita, acabes identificant-te amb allò que t'han projectat.

Les fantasies latents, en ser verbalitzades a la sessió, permeten treballar la por de ser rebutjada, que no permet que la mare connecti amb la seva filla. L'Ana no es va poder connectar amb la seva mare, ni es van poder diferenciar. La seva experiència no elaborada com a filla li dificulta reconèixer la cerca de l'objecte del bebè i viu l'apropament com un rebuig.

La interpretació de la seqüència interactiva amb la bebè se sustenta en la comprensió i l'elaboració fetes prèviament al llarg de l'embaràs. Les dificultats de separació i el rebuig s'expressen de nou en la relació amb la bebè, que és l'objecte central de les projeccions parentals.

En la seqüència interactiva simptomàtica, les fantasies latents emergeixen actuades, sovint expressades a través del cos i viscudes en l'aquí i ara de la sessió. Són moments de gran intensitat emocional i d'una extraordinària riquesa, que permeten treballar les fantasies de la mare en connectar-se i separar-se del bebè. Tenen un potencial transformador gran gràcies al fet que la comprensió és viscuda i actuada en viu. La presència del bebè permet que la projecció del conflicte intern de l'Ana projectat sobre la bebè sigui més manifesta i comprensible per a ella mateixa. La terapeuta participa de tot aquest moviment interactiu, interpreta i viu el canvi que promou l'*insight* en els dos membres de la díade.

Així s'explica l'alt valor preventiu de la PCP per detectar i tractar preventivament les interaccions patològiques. A través de la PCP, la mare amplia les seves capacitats d'estar en contacte i de poder-se separar més saludablement.

En la sessió que fem quan la Sofia té 5 mesos, reapareix la seqüència acceptació-rebuig en la relació amb la bebè des d'una altra perspectiva. Llavors permet tornar a tractar aquesta problemàtica sobre la base de la bona evolució del vincle i els dubtes que la mare pot plantejar en sessió.

Tercera il·lustració clínica

La projecció d'imatges dissociades

Primera entrevista

La Mari té 29 anys. Ve a l'estudi perquè l'ha derivat la llevadora al cap de 12 setmanes d'embaràs de bessons. Està de baixa laboral per un estat d'ànim baix, i seguirà de baixa durant tot l'embaràs. Pateix llargues temporades de depressió des de l'adolescència.

A la primera visita fa una descripció idealitzada de la seva infància i de la maternitat. Diu: «De petita sempre estava contenta, sempre m'aixecava cantant, no vaig plorar fins que vaig ser adolescent. No recordo res dolent, m'encantava anar a l'escola, tenia molts amics, era molt sociable, estava plena d'energia... Enyoro molt la infància, estava més protegida, mai no estava sola, estava amb els meus pares. Quan tenia 18 anys em vaig deprimir, no podia anar a la universitat, no tolerava tanta gent. Vaig fer un cicle formatiu de perruqueria».

En les seves representacions, la Mari expressa: «Seré una mare protectora, no confio en els altres, ho vull fer tot jo, a la meua manera. Em preocupa no poder estar sempre present. Seré patidora, afectuosa, divertida, juganera, pacient i molt bona mare».

També fa una descripció idealitzada de com imagina els bebès. Diu: «Un serà més tranquil que l'altre, riuran molt, seran afectuosos, molt d'estar als braços, s'avindran, jugaran molt junts».

Però li costa descriure com percebia la seva pròpia mare quan ella era una nena: «Estava per mi, no era afectuosa, ni feia manyagueries». Actualment manté una relació distant amb els seus propis germans.

Procés PCP en l'embaràs

La Mari fa els preparatius per als bebès, l'Arnau i l'Enric. Hi posa molta il·lusió i afecte, planifica. Llegeix molt sobre l'educació i la criança dels bessons.

Al llarg de les visites, comença a prendre consciència de les seves dificultats personals i de la seva pròpia infància. Expressa així el conflicte en les relacions: «No parlo, em costa explicar les coses, si critico, em sento malament, i després exploto i dic les coses de mala manera. Quan em pregunten “què et passa?”, jo contesto: “Res!”. Després em sento incompresa i sola. Sempre m'he sentit sola. Jo ho dono sempre tot, sense demanar, i espero que els altres també ho facin, però no ho fan». Té dificultat per mostrar la necessitat, i després es troba sola.

Més tard pot confiar a la terapeuta: «A l'adolescència em vaig adonar que el meu pare era alcohòlic, tenia por de l'estat en què es trobaria quan tornés a

casa. El van ingressar diverses vegades, jo tenia por que es morís. La meua mare estava trista, absent, sempre plorava. Es queixava de tot, sempre ha tingut depressions, sempre estava enfadada. Ella feia poques coses amb mi. Mai no li demanava ajuda, mai no li demanava consol».

Ella té clar que vol ser una mare diferent, vol ser el contrari de la seva mare. Ja s'observa un cert canvi dins de la mateixa sessió: oscil·la entre la confiança i la preocupació de no poder arribar a fer les coses tota sola. Alhora, pot demanar que la terapeuta li doni hora per a la pròxima visita. Ho demana abans que ella l'hi ofereixi. Organitza una festa de Nadal per reunir tota la família. També demana que la seva mare tingui cura dels seus fills quan comenci a treballar. La Mari està molt vinculada a la seva teràpia.

PCP en el postpart

Els nadons neixen a terme, el part va bé. La Mari se sent molt orgullosa. L'Arnau i l'Enric dormen i mengen bé. Descriu l'Arnau com un bebè actiu i animat, mentre que l'Enric és més feble, poc actiu i moltes vegades està seriós.

L'Arnau demana molt, dorm a coll, és fort. L'Enric no demana res, no li agrada que el tinguin a coll, prefereix el seu bressol, l'hamaca, estar sol. No s'adorm als braços, es posa inquiet, es tranquil·litza més estant tot sol. Per a la mare aquestes diferències són tan doloroses que tracta de negar-les no donant-los importància.

Sembla que està angoixada pel seu grau d'exigència, ho vol fer tot perfecte, no accepta que ningú l'ajudi. Si els nadons ploren, li fa pena. Es preocupa: «Si els passa alguna cosa?, si es traumatitzen?». Li costa tolerar que no estiguin sempre contents. Ho fa tot per anticipar-se i evitar que plorin. Té el biberó sempre preparat perquè els seus fills no puguin pensar, «Caram, tenia gana i la meua mare no tenia el biberó preparat!». Una nit, després que els havien vacunat, es llevava cada dues hores, posant el despertador, per vigilar si els pujava la febre i evitar que els seus fills sentissin que la seva mare no era allà quan la necessitaven. Per a ella, una frustració que puguin sentir els seus nadons, per petita que sigui, serà catastròfica, perquè per a ella representa deixar de ser la mare perfecta i esdevenir una mare absent, una mare que abandona els seus fills.

Es pregunta si exagera. Es comença a plantejar dubtes en la seva ment. Intel·lectualment, ella sap que els nens ploren, que expressen les seves necessitats plorant. Però emocionalment no ho tolera: «No vull que els meus fills se sentin com em sentia jo de petita, sola».

A la Mari no solament li costa tolerar el malestar dels seus fills, sinó que necessita que estiguin sempre alegres i contents. Per donar vida a l'Enric (menys actiu i més dèbil), l'excita, mou el nen, li fa pessigolles, petons. No

sembla que la mare toleri bé que l'Enric simplement necessiti estar tranquil i tingui un posat seriós. No tolera un nen poc actiu, necessita un nen animat i animós.

Un nen tranquil, que no somriu, activa en ella la imatge internalitzada d'una mare deprimida i d'una nena que havia d'animar la seva mare mostrant-se sempre contenta. Ara ella projecta en el nadó poc actiu la mare deprimida que va tenir.

La Mari intenta donar als seus fills el que ella necessitava de petita i no tenia: vitalitat i presència. Això li dificulta veure quines són les necessitats reals dels seus fills, i quines són les necessitats individuals i específiques de cada nadó.

La terapeuta li parla del fet que cada nen té el seu caràcter, el seu temperament. L'Arnau és més extravertit i actiu, mentre que l'Enric és més tranquil i seriós. Li explica la necessitat i la importància evolutiva de poder sentir petites frustracions, no gaire grans. Terapeuta i pacient poden parlar sobre les diferències, elaborar i reelaborar les seves preocupacions una vegada i una altra.

Sessió al cap de 3 mesos: seqüència interactiva

En aquesta sessió l'Arnau dorm i la Mari juga amb l'Enric, el nadó que és més dèbil, més seriós. L'Enric es desperta, la mare l'agafa i li diu: «Hola, com estem?». L'Enric li somriu... La Mari comença a activar l'Enric per animar-lo. Li diu: «Vols jugar una mica?». El treu del cotxet i diu: «És molt seriós, a vegades somriu, però poc». Això sembla que ho diu una mica avergonyida.

La terapeuta l'anima perquè interactui una estoneta amb l'Enric. Ella es posa a jugar amb ell. Sembla que el nen encara té son, no mostra gaire interès pel joc. Ella no és conscient en aquest moment que l'Enric no segueix el joc, això fa que la interacció esdevingui intrusiva. L'Enric s'evadeix del contacte amb la mare, mira cap a una altra direcció. Per a la terapeuta és molt incòmode veure aquesta animació forçada. Llavors intenta ajudar la mare a adonar-se del que pot necessitar l'Enric en cada moment, però ella sembla que no fa cas de l'estat del bebè.

La terapeuta sent que la Mari necessita mostrar-li una bona interacció, un joc animat. No sembla tolerar que l'Enric simplement vulgui estar tranquil, amb cara seriosa. És com si, per ser una bona mare, necessités tenir un nen animat i actiu.

En aquest moment s'activa una antiga relació d'objecte intern: el nen seriós representa la mare de la Mari, deprimida, i ella representa la nena petita sempre contenta i somrient. Ara sent que ha de donar vida al nadó com ho va haver de fer amb la seva pròpia mare.

La terapeuta convida la Mari a imaginar com pot ser l'Enric en aquest moment, com es pot sentir, què necessita. Intenta ajudar-la, vigilant de no ser intrusiva, a adonar-se que l'Enric sembla que vol estar tranquil, potser vol mirar el despatx, comunicar una mica, estar més aviat relaxat.

Tornem a comentar que cadascú té el seu caràcter. Els germans no són iguals, cada un té la seva manera de ser. L'Arnau és més extravertit i actiu, mentre que l'Enric és més tranquil i necessita moments relaxats, com ara.

Crec que la Mari se sent continguda, la terapeuta la mira amb bons ulls; la tranquil·litat de l'Enric no preocupa la terapeuta. Llavors la Mari pot relaxar-se i s'adona que l'Enric encara té son. El té als braços, el bressola, hi parla suaument fins que l'Enric es torna a adormir. La Mari no es pot creure el que veu. L'Enric no havia aconseguit mai relaxar-se i adormir-se estant a coll. En aquest moment, ella es pot desidentificar del rol internalitzat: una nena que anima la mare deprimida.

Darrera sessió

Quan els bessons tenen 6 mesos la mare comença a treballar. L'àvia cuida els nens, perquè la Mari l'hi ha pogut demanar. La mare està angoixada perquè no pot veure els seus fills quan treballa, ara no pot fer-ho tot ella, ha de confiar en una altra persona. Per a ella és massa dolorós pensar com es podrien sentir l'Arnau i l'Enric davant la separació. Segueix mantenint una actitud de negar l'evidència: no s'adonaran que ella no hi és. Però tolera parlar dels seus propis sentiments, preocupacions i angoixes. En poder verbalitzar-los, es calma. La incorporació a la feina va bé. Ella se sent molt bé perquè ara té una mica d'espai per a ella mateixa, pot prendre un cafè tranquil·lament. Quan torna a casa després de la feina, els fills la reben amb il·lusió, s'han adonat que ha tornat i, per tant, s'han adonat que no hi era, però no ha passat res del que ella temia. Confia que la seva mare cuida bé els bessons, veu que interactuen bé.

La interacció actual sembla molt menys intrusiva: ella es càlida, afectuosa, parla amb els fills amb tendresa. L'Enric estableix un contacte ocular amb la seva mare. La interacció és una mica entretallada. ¿Fins a quin punt es tracta de la dificultat de la mare i fins a quin punt es tracta d'una dificultat de poder donar una atenció a la vegada als dos bessons? La Mari també necessita parlar amb la terapeuta i no pot dedicar-se plenament als fills durant la visita. L'Arnau s'ha defensat millor gràcies al seu caràcter més dominant. Ara es veuen nens contents i vitals tots dos.

Conclusions i síntesi

En el conjunt de casos tractats, la simptomatologia depressivoansiosa ha disminuït sensiblement al llarg de la intervenció psicoterapèutica PCP, tant clínicament com a través dels resultats dels qüestionaris estandarditzats. Cap

de les 50 gestants que han passat per la PCP en l'actual recerca no ha patit depressió postpart, un resultat que coincideix amb els de l'Escola de Ginebra.

La PCP se sustenta en coneixements que han ampliat la nostra comprensió psicodinàmica de la relació parental i ens permet treballar sobre les fantasies específiques en relació amb la maternitat, amb el fill en camí i amb la interacció amb el bebè real. Es tracta d'una etapa d'alta mobilització psíquica en què els canvis són molt ràpids i faciliten el treball terapèutic. Aquestes característiques permeten que la indicació de psicoteràpia breu PCP sigui sovint la indicació més adequada. No es tracta pròpiament d'un tractament psicoanalític, però destaquem la importància de l'àmplia formació psicoanalítica del terapeuta.

En el procés psicoterapèutic es reflecteix com es posen de manifest els canvis en les representacions maternes i la modificació de la interacció mare-bebè cap a una relació més saludable. La nostra intervenció té lloc en l'origen d'aquesta relació, quan es gesta la primera vinculació. Queda un llarg camí a recórrer per a aquestes mares i aquests bebès. En el seguiment, al cap de 18 mesos podrem anar estudiant l'evolució d'aquesta primera intervenció i el seu desenvolupament, que donarà lloc a futures línies de treball.

RESUMEN

Se presentan las bases teóricas y tres ilustraciones clínicas relativas a la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) aplicada en la etapa perinatal desde el embarazo hasta los 6 meses del bebé. A partir de la sintomatología depresivo-ansiosa se trabajan los aspectos de representación, proyección e identificación propios de la relación parental, en el mundo interno, en la fantasía y en la realidad del aquí y ahora de la relación en la sesión terapéutica. Este trabajo se realiza en el contexto de investigación en un Centro de Atención Primaria de salud y en él se estudian las representaciones maternas y la relación madre-bebé.

Palabras clave: psicoterapia centrada en la parentalidad, depresión perinatal, representaciones maternas, relación madre-bebé, perinatalidad, secuencia interactiva

SUMMARY

In this paper the authors present theoretical fundamentals related to parent-centered psychotherapy conducted during the perinatal period which covers pregnancy through to the first six months of the infant's life. In addition to this theoretical groundwork, the authors give three clinical illustrations. Beginning with symptoms of depressive anxiety, aspects of representation, projection, and the identifications belonging to the parental relationship are dealt with as they appear in the internal world, in fantasy and

in the reality of the here-and-now of the therapeutic relationship in the session. This study is currently underway at the *Centre d'Atenció Primària de Salut* in the context of research conducted on maternal representations and the mother-infant bond.

Key words: parent-centered psychotherapy, perinatal depression, maternal representations, perinatal period, mother-infant bond, interactive sequence

BIBLIOGRAFIA

- BICK, E. (1968). The experience of the skin in Early Object-Relations. *Int. J. Psychoanal.*, 49, p. 484-486. Versió cat., L'experiència de la pell en les relacions d'objecte primerenques. *Rev. Cat. Psicoanàl.*, X/1-2, 1993, p. 77-81
- BION, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Londres, Tavistock
- BYDŁOWSKI, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*, 32, p. 135-142
- CRAMER, B. & PALACIO ESPASA, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mère-bébé*. Paris, PUF
- FRAIBERG, S., ADELSON, E. & SHAPIRO, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Psychoanal. Study of the Child*, 14, p. 387-442
- KLEIN, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In *The Writings of Melanie Klein, Vol. 8: Envy and Gratitude and Other Works*. Londres, Hogarth Press. Trad. franç., Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In *Développements de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1966
- LEBOVICI, S. & STOLERU, S. (1983). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris, Bayard (nova edició 2003)
- MOAYEDODDIN, A. & NANZER, N. (2013). The impact of brief psychotherapy centred on parenthood on the anxio-depressive symptoms of mothers during the perinatal period. *Swiss Med. Wkly*.
- NANZER, N., PALACIO ESPASA, F., KNAUER, D., QAYOOM-BOULVAIN, Z., HENTSCH, F., CLINTON, P., TROJAN, D. & LE SCOUËZEC, I. (2012). *Manual de Psicoterapia Centrada en la Parentalidad*. Barcelona, Octaedro, 2015
- PELLET, M. & NANZER, N. (2014). Evolution des représentations maternelles après une psychothérapie brève centrée sur la parentalité durant la période périnatale. *Devenir*, 26
- SALOMONSSON, B. (2014). *Psychoanalytic Therapy with Infants and Parents. Practice, theory and results*. Londres, Routledge
- STERN, D.N. et al. (1989). L'entretien "R": une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In (S. Lebovici et al.) *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris-Genève, Eshel-Médecine et Hygiène, p. 151-177

