

Intervenció en la depressió postpart des d'un CDIAP

Montserrat Canudas Ramoneda

Psicòloga clínica. Cdiap Bergueda

Tipologia de l'article: experiències pràctiques i clíniques Desembre de 2020

Resum

Al Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) veiem sovint nens amb patologies derivades de dificultats en les relacions primerenques. Molt sovint, en les primeres entrevistes apareixen depressions postpart que han estat silenciades o no se'ls ha donat la importància que calia. En aquests casos, veiem les conseqüències tardanes quan la patologia ja està instal·lada en la relació parental i en el infant, i apareixen diferents tipus de trastorns: alteracions psicossomàtiques, de conducta i de comunicació, i retards del llenguatge. Veient la importància de poder prevenir les diferents patologies que se'n deriven, vam iniciar la coordinació amb les llevadores i hem atès demandes per depressió postpart i ansietat.

Avui dia ens estem generant grans dificultats per arribar a les expectatives que ens imposa una societat marcadament narcisista, amb tendència a idealitzar la maternitat.

Es posa de relleu la importància de treballar en aquests moments crucials, en què hi ha tants moviments psíquics en els pares, noves identitats, canvis... i molts sentiments d'*ambivalència* que són difícils de contenir i de digerir. Hem vist que és necessari poder atendre aquestes mares al més aviat possible, de manera intensiva i focal, per ajudar a desenvolupar unes capacitats parentals saludables. Ens sembla crucial el moment psíquic que viuen. Monique Bydlowsky (2007) ens ho recorda parlant de la "*transparència psíquica*" que presenten les mares durant l'embaràs i que podríem dir que s'allarga d'una manera diferent, però també intensa, en el període *perinatal*. Presentaré, doncs, les vinyetes de dos casos i el treball consegüent, que s'ha inspirat en la PCP (Psicoteràpia Centrada en la Parentalitat).

Paraules clau:

Prevenió, depressió postpart, ansietat, etapa perinatal, contenció, vincle

Abstract

At the Centre of Childhood Development and premature attention (CDIAP) we often visit children with pathologies originated from difficulties in the early family ties. Very often, yet in first interviews appear postpartum depressions, that have been silenced or to which not much importance has been paid. In these cases, we see further consequences for the child when this pathology has been integrated along with the parental relationship. Then varied disorders can show up: behavior or communication skills alterations and psychosomatic affectation or language delays. Taking consciousness of the importance of anticipating these different pathologies that we have had to deal with so far; we have started coordination with midwives and have helped patients with postpartum depression, anxiety.

Nowadays, we have attended to great difficulties to overcome the high expectations that a strongly narcissist society imposes and which shows a tendency to idealize maternity.

We want to emphasize the importance of working in these crucial moments when a lot of psychical movement comes through in parents; when there are a lot of changes as new identity feelings, roles and so many ambivalent emotions that are difficult to be integrated and so far expressed or restrained. We have come to the conclusion that it is absolutely necessary to be able to deal intensively with these mothers as soon as possible after they have given birth and to focus on them to help to develop healthful parent skills. We see this unique psychic moment that mothers experience as something crucial. Monique Bydlowsky (2007) reminds us about this when she speaks about the "psychic transparency" that mothers show during their pregnancy which we could also distinguish, in a different way but also intense, long after they have already given to birth, in their perinatal period. I will show then two of my cases in my devices and all the work invested in them which has been inspired by Psychotherapy based in Parental therapy.

Key words:

Prevention, postpartum depression and perinatal anxiety, self-control or restrain, family ties

Introducció

Durant els anys de treball en el CDIAP, els motius de consulta i les maneres de treballar han anat canviant, i ens hem hagut d'adaptar a les noves demandes i a les noves parentalitats.

Cada cop les demandes són més primerenques i han augmentat les consultes al voltant de la criança. Des del CDIAP vam considerar important iniciar trobades amb l'equip de les llevadores de la comarca per compartir informació sobre mares que anàvem veient al centre i que presentaven simptomatologia, i ens vam adonar de la necessitat de coordinar-nos amb aquest equip i fer extensiva aquesta col·laboració a altres professionals implicats: pediatres, metges de capçalera, CSAM... La coordinació amb les llevadores ens ha portat a tenir demandes fins i tot durant l'embaràs, i elles mateixes ens han començat a derivar casos de depressió postpart i d'ansietat. Aquesta nova demanda és el punt en què centraré aquest article.

La *Depressió Postpart (DPP)* és una forma de depressió que pot afectar les dones i, menys freqüentment, els homes després del naixement d'un fill. Aquest trastorn pot aparèixer setmanes després del *part* o fins als dotze mesos següents. Es caracteritza per la presència d'un estat mantingut de tristesa, pèrdua d'interès i d'il·lusió per les coses, ganes de plorar, disminució de l'energia, alteració de la gana i la son, i sentiments de culpa per no ser una bona mare. Aquest estat s'acompanya d'una marcada *ansietat*, amb afectació de les funcions maternes d'autocura, lactància, vinculació i criança.

Hi ha dades estadístiques d'aquest trastorn de l'etapa perinatal que demostren una incidència suficientment important perquè sigui tractat des de l'àmbit clínic.

"Alguns estudis parlen de l'aparició i la presència de patologia psíquica durant l'etapa perinatal des de la concepció fins a l'any de vida, la qual s'està convertint en un seriós problema de salut pública, fins ara ignorat o minimitzat. El 20-25% de les dones presentaran alguns problemes de salut mental susceptibles d'avaluació i intervenció durant l'embaràs i el postpart, dels quals

l'ansietat i la depressió seran els més freqüents. Una de cada set mares patirà algun tipus de trastorn de l'estat d'ànim o d'ansietat en el període perinatal. Un 4% presentarà un trastorn de malaltia mental greu. La depressió postpart afectarà una de cada deu mares, i dues de cada 2.000 tindran un episodi psicòtic, conegut com la psicosi puerperal, durant les primeres setmanes del postpart; i és per això que s'intenta evitar al bebè i als pares una vida plena de patiment i amb conseqüències en el desenvolupament del nen, en aquesta edat tan necessitat i fràgil". (*Infocop online*, Garcia Esteve 2016)

Personalment, m'agradaria afegir que, en les primeres entrevistes amb famílies que fem al CDIAP per atendre diferents demandes, apareixen molts casos de depressió postpart silenciats que surten a la llum en el moment en què s'ofereix un espai d'escolta empàtica a la família. Per aquesta raó crec que les dades oficials podrien quedar curtes.

Actuar ràpidament en aquesta etapa perinatal i poder fer una intervenció breu i focal es importantíssim perquè, tal com diu Monique Bydlowsky (2001), "és un moment de molta mobilitat i transparència psíquica".

Metodologia

El meu treball s'ha basat en entrevistes no directives amb les famílies, amb l'actitud benvolent i neutra utilitzada en el Mètode d'Observació de Bebès d'E. Bick, molt útil en aquest tipus d'intervenció. Un altre marc teòric que m'ha servit és el concepte de *contenció*, descrit per diferents autors com ara Balint, Bion, Winnicott, entre d'altres. La *contenció* i la *comprensió* són elements bàsics en aquesta tasca assistencial i formen part del procés terapèutic que comença per percebre el patiment de les mares i, per extensió, el de la família, i empatitzar-hi podent acollir i parlar dels conflictes i les ansietats que sorgeixen en aquesta nova etapa de la vida. Leticia Escario, en el seu article "Contención y comprensión en intervenciones psicoterapéuticas breves", recalca, encertadament, que el terapeuta ha de poder "contenir" amb les seves capacitats mentals, però que també necessita una sòlida formació teòrica i pràctica. El

terapeuta ha d'incidir en elaborar i en facilitar canvis en l'espai mental dels pares, que s'han d'anar ajustant a la nova realitat i a les noves identitats, i així facilitar la maduració i el benestar de l'infant i la família.

A més de l'experiència clínica personal, també m'han servit d'ajuda els treballs de J. Bolwy sobre l'*apego* i, per extensió, els treballs de P. Fonagy sobre el concepte de mentalització.

El Mètode d'Observació de Bebès d'E. Bick ha estat molt útil per poder observar amb una altra mirada les interaccions del bebè i la família, com també el concepte del Dr. Pérez Sánchez (1986) de l'*Unitat Originària*, tenint en compte el moment social actual i les noves parentalitats que estem veient. El paper del pare o el rol del tercer és molt important per poder-se separar i créixer; les tres subjectivitats en acció ajuden a construir la ment de l'infant. En les entrevistes amb les famílies, entre pare i mare es veuen maneres diferents de sentir i percebre la parentalitat, i a vegades entren en col·lisió. Per tant, hem d'escoltar i observar cadascuna de les subjectivitats i tenir en compte com interaccionen mare, pare i nadó.

Els treballs de la Dra. N. Nanzer, de l'Escola de Ginebra sobre la depressió postpart i el seu magnífic llibre *Manual de psicoteràpia sobre la parentalitat* han estat de gran ajuda per comprendre i atendre millor aquestes mares a partir d'un treball més estructurat. Vegeu els protocols utilitzats (Annex I i Annex II).

Són molt interessants i útils els conceptes de les *projeccions* i les *representacions* de què ja va començar a parlar B. Cramer, que es refereixen al fet de com en aquest moment de la parentalitat alguns aspectes del passat no elaborats són manifestats en el present i, moltes vegades, també projectats en el nen. La possibilitat de posar en paraules per part dels pares les projeccions i les identifications ha estat altament útil per poder obrir un espai en la seva ment i pensar en el fill real, enfortir el vincle i millorar la relació.

Els casos clínics que mostraré són de mares derivades per les llevadores per una alta puntuació en l'Escala Edimburgh de Depressió de Postpart (EPDS).¹

1. *Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)*. "British Journal of Psychiatry", juny, 1987. Vol. 150. Per J. L. Cox, J. M. Holden i R. Sagovsky.

Vinyeta 1: Joan

Derivada per la llevadora amb una puntuació de 17 en l'EPDS.

La mare del Joan explica que després de tenir el nen va patir molta angoixa i no podia dormir. Al cap de dos dies la van enviar a casa, però ella no es sentia prou preparada per tenir cura del fill. Allà s'hi va anguiar molt i va començar a estar molt preocupada per si podia passar-li alguna cosa negativa al nen. No podia suportar sentir-lo plorar i no sabia com calmar-lo. El pare comenta que ell no sabia com ajudar-la i van decidir tornar a l'hospital, on la van ingressar cinc dies. A l'hospital li van receptar fàrmacs, li van retirar la lactància materna i la van enviar a casa. A través de la llevadora la van derivar al CDIAP. La mare no té antecedents psiquiàtrics.

Al principi, la mare parla molt de la pena per no haver pogut donar el pit al seu fill i, sobretot, de no poder suportar i calmar el plor de l'infant.

—Com t'ho havies imaginat?

—Sabia que els nens ploraven, però no em pensava que fos tant i que això em fes sentir així.

—Com?

—Veient que no soc capaç de calmar-lo, que no en sé, que no me'n sortiré...

Els comento que ara veig el nen ben tranquil; que quan han arribat plorava, però que ara està molt bé.

La mare es mira el nen als braços del pare i somriu.

Aquests tipus d'intervenció al principi ajuden a poder tenir una representació de la realitat positiva, i els pares accepten aquest senyal. Ajuden, a més, a empoderar els pares i a enfortir el vincle amb el fill.

El pare intervé: "Ella ho vol fer tot i no em deixa que l'ajudi".

La mare pot dir que ella és una persona molt perfeccionista i que ho ha de tenir tot controlat, però se n'adona que amb el nen no ho pot controlar tot, ni el que li passa al fill ni els seus propis sentiments.

A través de l'aportació del pare, la mare pot connectar amb les seves dificultats.

Demano pels progenitors: els pares del pare són morts i els de la mare estan separats, i la mare de la mare té una malaltia mental. Hi ha una tieta que els dona molt suport, i també l'avi.

Aquesta mare no troba una figura amb qui identificar-se per esdevenir una bona mare: la seva està malalta i ella l'ha de cuidar i ara no pot.

Apareix la culpa i la ràbia envers aquesta figura materna que no la pot ajudar i de la qual no es pot separar per poder fer de mare ella mateixa.

La mare comenta que l'angoixa molt sortir de casa, el que li dirà la gent, que opinin sobre com ha de cuidar el seu fill... En aquests moments de fragilitat no pot escoltar consells de ningú.

Se sent fràgil, insegura i busca l'equilibri a través de l'exigència envers ella mateixa i envers la parella?

El plor del nen és un focus de treball i en parlem sovint. Se li fa insuportable.

Li demano què s'imagina que li passa al nen:

Em diu: "Potser té mal i jo no ho sé? No sabré calmar-lo".

M'explica que li va posar una vacuna i "a la nit es va posar a plorar molt i jo em vaig angoixar; estava desesperada, no sabia calmar-lo. No sabia què fer i li vaig demanar al meu marit: Què podem fer? Ell em va dir: Jo li donaria Apiretal, com t'ha dit la doctora, si està molt neguitós". Li'n vam donar, es va calmar i es va adormir.

Li assenyalo com és d'important el fet de poder parlar entre ells dos i decidir què fer. En aquest cas, el pare va poder contenir la mare, que es va deixar ajudar: aquí va funcionar la unitat originària.

Què passa amb el plor del nadó? Intento explorar què significa per a ells aquest plor del nen que els afecta tremendament, que els fa sentir tan malament.

Què li deu evocar a aquesta mare, fins al punt que no el pot suportar?

Quines projeccions, quines fantasies hi ha darrere d'aquest plor insuportable? Esbrinar això ens ajudarà a fer-lo més lleuger i també a donar un sentit de realitat: els nens ploren perquè és el seu mitjà d'expressar la gana, el cansament, el malestar...

"Quan la veig tan nerviosa i que plora tant no se què fer", diu el pare, "no sé com calmar ni el nen ni la mare..."

El pare no pot dur a terme la seva missió: no aconsegueix reconfortar la mare, transmetre-li seguretat, suport; i la mare no pot elaborar aquest buit que se li presenta en aquesta primera separació, li costa deixar que el pare s'ocupi del infant.

Apareixen angoixes de mort: "Tinc por que s'ofegui, he de controlar que respira". Els sorolls que fa li recorden un gosset abandonat.

La mare malalta de la dona dificulta que ella assumeixi al seu torn el seu paper de mare i provoca que projecti en el seu fill l'abandonament de la seva pròpia mare en la malaltia.

L'infant comença a rondinar i ella el gronxa amb el cotxet fins que es calma, però, tot i que el nen ja s'ha tornat a adormir, la mare continua gronxant el cotxet. Penso que li hauria d'assenyalar que, com que l'infant ja no plora, no té sentit continuar gronxant-lo, però no dic res: penso que és una mare massa fràgil i ho deixo córrer. En aquest moment em sembla important que el terapeuta sigui benèvol i tolerant i que no intervingui en excés en l'acció per poder deixar que la mare vagi trobant la seva manera d'actuar i així recuperar la confiança.

Vinyeta 2: Anna

Edat: Un mes i una setmana.

La deriva al CDIAP la llevadora. Li passa el test d'Edimburgh amb una puntuació de 18 (a partir d'11 és un cas de possible depressió). A la llevadora li preocupen les idees de tipus catastròfic recurrents i obsessives de la mare i tot fa pensar en una psicosi puerperal.

Ve la mare sola a l'entrevista. Li demano per li infant i diu que li ha donat el pit i l'ha deixat amb el pare. També tenen un nen de cinc anys.

La mare explica que tot va anar molt bé: l'embaràs i el part. Explica que va tenir dos avortaments abans de l'Anna, però ho diu sense donar-hi importància. Pensa que la cesària ha anat molt bé.

És una mare ansiosa que parla molt i molt ràpid.

Als cinc dies de tenir la nena li va començar a sagnar la ferida i va anar a urgències; va pensar que no s'havia cuidat prou; però a partir d'aquí va començar a agafar una por irracional que es dessagnaria i que es moriria; que, com que no s'havia cuidat prou, ara ho pagava d'aquesta manera.

Aquí trobem ansietats catastròfiques de mort, de por a liquar-se; em plantejo si hi ha un cert deliri i això em porta a recordar els avortaments citats de passada durant l'entrevista.

Temps més tard va començar a tenir pensaments catastròfics sobre els nens: “si es moriran”, “si tindran càncer”, “si algú els robaria”... Ella mateixa verbalitza uns disbarats que no tenen cap lògica, però que no puc evitar recordar.

L'escolto i li comento que pateix molt.

M'explica que se li fa un nus a l'estómac, que els primers dies no podia ni menjar, però que ara menja massa, que a les nits “no puc dormir, rumio coses que m'angoixen; no puc mirar les notícies, em donen mal rotllo; és com un bucle. De vegades no hi penso, però després torno a tenir aquests pensaments irracionals”.

Li faig notar que ella s'adona que són irracionals i que això està bé.

“Sí, però no els puc parar; és com un bucle.”

“No entenc per què em passa això; amb el primer fill no em va passar. De vegades no tracto bé el nen, li dic ‘no te m'acostis, tens les mans brutes’... I quan em veig fent això em poso molt trista, perquè és un bon nen, no es queixa...”

Explica que buscant una motxilla per internet li va sortir la notícia d'infants desapareguts a Espanya, de transplantament d'òrgans “i ja vaig pensar: i si me'ls raptien!” Ja veig que és una por meua que al final els hi passaré.

Explica que de joveneta tenia ansietat: se li adormien les mans, les relacions socials li costaven... “i no vull que als meus fills els passi el mateix”.

Parla dels pares: es van separar quan ella tenia catorze anys, la mare va estar per sempre més deprimida, no es llevava ni per anar a treballar, “no ha aixecat més el cap, des de la separació”.

Demano per la mare, si l'ajuda.

“La meua mare no està bé; sí que puja dos o tres cops per setmana, però, més que ajudar-me, m'atabala amb les seves coses, es despista, es queixa sempre. La germana està de baixa per depressió, i la mare la plany: ‘I jo què? Jo també necessito ajuda, però sempre he d'estar al peu del canó’.”

Demano pel pare:

“És tranquil, m'ajuda molt, sempre em demana què necessito i em fa raonar. Ell se'n surt millor, ja ha fet amics per anar amb moto. Jo soc rara i exigent amb les amigues i sempre tinc remordiments pel que he dit i perquè no escolto prou”.

Demano pels avortaments:

“Van ser abans de la nena; un el maig del 2017 i l'altre el novembre del 2017, de 8 setmanes”.

Van fer una ecografia pel primer. Van veure que no anava bé i li van provocar un avortament per mitjà de pastilles: “El primer encara me'l vaig agafar bé, però el segon... vaig estar molt trista i amb molta ràbia: per què em passa a mi?”

“Amb l'embaràs de l'Anna, al principi tenia por, però després tot va anar perfectament: vaig treballar fins a les trenta dos setmanes i estava molt bé.”

Volia un part natural però va ser cesària.

Explica que a la seva família hi ha molts casos de malalties mentals: depressions, un tiet esquizofrènic “i tinc por, perquè jo no vull ser com la meua mare i la meua germana.”

En la sessió següent està millor, però veu un conte sobre la taula, *El Tom es perd*, i em diu: “Ja està, en això no hi havia pensat; i si es perd, el meu fill? Li penjaré un cartell amb el telèfon i el nom.”

Li dic que pari i que pensem juntes: ella, quan hi pensa, veu que tot això és irracional i pot acabar dient que són pensaments que tenim totes les mares, però que no han de passar perquè ja vetllem perquè no passin.

Conclusions

Veiem que en els dos casos el fet de tenir una mare amb malaltia mental ha afectat la maternitat en un moment de fragilitat i mobilitat psíquica: *les relacions amb la pròpia mare es posen de manifest i ajuden o dificulten les noves identificacions que estan en joc*. Hi ha necessitat de trobar una figura materna protectora i tranquil·litzadora.

Un dels focus de treball ha estat diferenciar-se de la pròpia mare malalta per convertir-se en una nova mare, però això comporta inevitables crisis i patiment. Per convertir-se en mare, la dona ha de poder guardar dins d'ella una imatge positiva de la seva pròpia mare i de les relacions que hi manté. Els sentiments de malestar, soledat, ràbia i impotència provinents del fet de no poder comptar amb una mare que acompanya, que dona suport, sinó només amb una mare que demana constantment que s'ocupin d'ella, han portat a aquestes noves mares a haver de fer el treball de ressituar la seva pròpia mare i de diferenciar-se'n, però alhora, també, d'incorporar els aspectes positius que hi havia. Si no resollem aquests conflictes, la relació amb el seu bebè pot quedar afectada.

També s'ha hagut de treballar la por a ser una mare malalta. Prendre consciència d'aquests problemes ajudarà la mare a sortir d'aquesta confusió i a lluitar per no reproduir el mateix patró.

Veiem també la importància del pare en el naixement d'una nova família: el paper de contenir i poder ajudar a la triangulació. A la mare del Joan li costa donar-li lloc al pare i confiar-hi; ha estat només de mica en mica que ha pogut dir: "De vegades el nen es calma més amb el pare que amb mi."

En aquestes mares i en altres veig que apareixen sovint conflictes amb la parella, potser causats pel fet que la depressió mateixa que pateixen porta a l'adopció d'una rigidesa i una autoexigència que provoquen un posicionament d'enfrontament envers la seva parella pel que fa a la manera de cuidar el fill, tal com fa notar Pérez-Sánchez a *La Unitat Originària*, on diu que costa acceptar les diferents subjectivitats: la del pare, la de la mare i també la del nen, i moltes vegades és un tema que cal treballar.

Amb la mare de l'Anna hi ha hagut un desajust mental important durant la quarantena i per tant un moment de molta sensibilitat i fragilitat psíquica que porta a pensar en un cas de deliri, però la mare ha pogut deixar-se ajudar i recuperar l'ajuda de la pròpia mare. Aquesta mare es va fer una lesió al peu que la va invalidar, i es va fer una visita al domicili on hi havia l'àvia materna, la qual va poder ajudar la seva filla i deixar la seva malaltia de banda un temps per fer d'àvia. Això va tranquil·litzar la mare jove i la va reconciliar amb la seva pròpia mare, i va fer que es deixés ajudar i, de mica en mica, va anar podent recuperar la tranquil·litat i deixar les idees obsessives.

Sabem actualment que durant l'embaràs i el postpart es produeixen una sèrie de canvis hormonals i desajustos que modifiquen estructures cerebrals i sensorials en les mares. Aquests canvis es produeixen perquè la mare es pugui adaptar a la criança i influeixen en el seu estat d'ànim i en el del bebè. Aquest període comporta, per tant, una especial vulnerabilitat psíquica (Barba-Muller, E., Craddock, S., Carmona, S., Hoekzema, 2016).

Un altre dels focus de treball de la mare del Joan va ser treballar les representacions patològiques que la mare es feia d'ella mateixa, de la seva filla i de la seva parella; poder escoltar i verbalitzar, apuntalar, va permetre anar canviant les projeccions i les percepcions, i vam veure com la mare podia contenir i transformar les sensacions i les emocions no organitzades del bebè sense desbordar-se.

Cramer (1993) explica com el pensament compartit transforma el vincle: "Les representacions precedeixen la interacció; si no podem ajudar a crear pensament, el vincle es veurà afectat. Quan podem alliberar la mare de les representacions distorsionades del passat, millora el vincle."

Em pregunto com la mare de l'Anna ha desenvolupat una patologia en el segon fill i no en el primer, i arribo a la conclusió que el moment vital és important, però que el sexe de l'infant també influeix molt en les identificacions i projeccions que fem.

El fet de tenir un espai d'escolta i de contenció ha millorat molt la simptomatologia en un breu període de temps. Per tant, és important fer una intervenció breu i focal el més aviat possible.

Altres eines que m'han servit més endavant han estat els assenyalaments, tant en les interaccions positives pares-bebès com en les actuacions dels mateixos pares. En algun moment, la confrontació ha estat útil, ja que, quan poden expressar els sentiments, els conflictes, en presència d'un tercer que no jutja, els pares aconsegueixen fer un espai mental per al seu fill real, poden ser més positius amb ells mateixos i reconèixer capacitats parentals, i aprendre a observar i entendre el seu bebè.

També he après que, encara que aquestes noves mares tinguin una mare amb un problema important de salut mental, el fet d'acceptar-ho, parlar-ne, verbalitzar-ho, les ha ajudat a poder-se'n diferenciar i a néixer com a mares per elles mateixes.

És important escoltar i contenir sense jutjar, i fer un retorn a les pròpies capacitats com a pares i adonar-se que no tot ho fan malament, ja que en aquests dos casos hi havia molta inseguretat sobre el mateix paper de mare: sensació de ser mala mare, de no saber-ne prou, de no tenir prou capacitats per sortir-se'n.

Cal ser molt prudent i delicat amb el sentiment de culpa, l'ambigüitat, les exigències, la sensació de fracàs i d'impotència, el pensament de no saber-ne prou, de fer-ho pitjor que els altres...

Unes de les eines que em van semblar més útils van ser l'escolta, la contenció i l'empoderament com a mare i pare per poder ajudar a construir les noves identitats com a pares. Generar confiança i esperança.

Al cap d'un any vam visitar l'Anna i el Joan, i se'ls va passar de nou el qüestionari EDPS, amb una puntuació de 6 i de 7, respectivament. De l'observació en concloc que són uns infants amb una evolució dins de la normalitat: les mares havien reprès la seva vida professional i familiar i gaudien del desenvolupament del seus fills, tot i que es reconeixien elles mateixes uns trets comuns: els de ser controladores i exigents.

En la nova etapa es guanyen coses, però també se'n perden: implica renunciar a certes coses del passat per donar lloc a les novetats del futur.

Annex I

Protocol d'atenció durant l'embaràs des d'un CDIAP

Aquests protocols estan inspirats en el llibre *Manual de PCP en la parentalitat*.

La demanda pot venir espontàniament de la mateixa família o per indicació de professionals de la salut o dels serveis socials: ginecòlegs, llevadores, pediatres, treballadors socials.

L'embaràs en si mateix no és una malaltia, però si un "estat especial" de la mare que requereix "atencions especials" per part del pare, del entorn familiar, professional i social. En aquest nou estat hi intervenen factors somàtics, hormonaals, neuropsicològics i sociològics que impliquen una reorganització i mobilització psíquica intensa i que fan que sigui un període de molta vulnerabilitat.

Què està en joc en les dones embarassades pel que fa al funcionament mental?

- La pèrdua del dol que ha de fer la mare de la nena que va ser i la transició cap a la maternitat. Ha de fer un reajustament amb els vincles amb la seva pròpia mare i trobar la seva pròpia identitat.
- Les actualitzacions que es posen en joc dels afectes i les representacions sorgides de les vivències de l'embaràs, del part, reactivació de conflictes infantils, dels vincles amb els seus progenitors... Amb el fi d'assumir el seu nou paper de mare/pare, el progenitor intenta corregir a través del infant els conflictes que va tenir amb els seus pares.

Com treballarem?

1. Utilitzar l'entrevista no directiva per tal que la família pugui explicar-se amb llibertat i tranquil·litat. La funció del terapeuta en aquestes primeres entrevistes és contenir les ansietats i facilitar les associacions.

1.1 Duració primera sessió: de 60 a 90 minuts.

- 1.2 Escoltar la demanda portada per la família.
 - 1.3 Observar com s'exposa la demanda; com és percebut, viscut i considerat el problema.
 - 1.4 Durant l'entrevista, observar com és el discurs de la pacient: clar?, confós?, negador?
 - 1.5 Observar com el progenitor investeix el infant; quin lloc ocupa en la seva vida des de la concepció; procurar que les mares puguin expressar el que senten, el que els passa pel cap; és important crear un clima de confiança.
 - 1.6 Ha de ser una escolta empàtica, benèvola i neutra, que permeti l'establiment d'interaccions intersubjectives satisfactòries.
 - 1.7 Observar quin tipus de relació d'objecte s'instal·la: realista, projectiu, amb tendència a idealitzar, a sentir-se perseguit pel terapeuta.
 - 1.8 Observar quin tipus de transferència i contratransferència ens genera, no tant per interpretar sinó per entendre.
 - 1.9 Intentar clarificar i comprendre la demanda portada per la pacient per elaborar bé el focus de treball.
2. Durant l'embaràs, les representacions maternes ocupen un lloc central; apareixen les pors, els desitjos, les distorsions; percepcions selectives i atribucions de la mare en relació amb el seu propi fill, amb si mateixa, amb la seva pròpia mare i amb la seva parella. Aquestes representacions són una porta d'entrada als conflictes no resolts.
 - 2.1 Contenir la vulnerabilitat que la mare sent pels canvis psíquics i físics personals i també de la parella que ocasiona l'embaràs, i també pel fet de deixar de ser fill per esdevenir mare i o pare.
 - 2.2 Escoltar i contenir les ansietats del final de l'embaràs: que el infant no sigui normal, la por al part, a no ser un bon progenitor. La mare

- ha de sentir-se protegida i segura per part de la parella, la família i els professionals.
3. La implicació del pare és importantíssima per a la mare de cara a no repetir conflictes i poder diferenciar les dues famílies: la d'origen i la pròpia, poder integrar els nous rols com a pares i preparar-se per al part.
 4. Fer una anamnesi per construir i reconstruir la història de la mare, el pare i la parella; i les relacions amb els propis pares.
 5. Avaluar els factors de protecció de què disposa: parella, família, xarxa social...
 6. Establir un vincle amb el terapeuta per continuar el treball, si cal, després del part.

Annex II

Protocol postpart

El protocol ve a ser el mateix, però ara hi hem d'afegir el bebè real, que fins ara era simplement fantasiejat: les projeccions parentals agafen força.

És important escoltar com s'ha viscut el part, la trobada amb l'infant real.

Sabem que per poder establir un vincle segur els pares necessiten sentir-se cuidats, escoltats, estimats per la seva parella, per la família extensa i pels professionals.

Des dels professionals del CDIAP podem oferir l'escolta empàtica i benèvola, contenir l'ansietat i acompanyar els pares.

Com intervindrem?

Pares:

Es poden fer entrevistes conjuntes o també separades, si el cas ho requereix.

Després d'una o dues entrevistes, cal establir un focus de treball.

1. Escoltar la demanda: quines són les seves preocupacions, els seus patiments...
- 1.2 Explorar les expectatives posades en el infant: com es veu ella com a mare? Desitjos, conflictes, pors, fantasies conscients i inconscients. Com s'ho imaginem?
- 1.3 Explorar i parlar de les exigències i els ideals que s'imposen els mateixos pares: nivell d'autoexigència i retrets envers un mateix o la parella.
- 1.4 Treballar i elaborar els sentiments d'ambivalència generats cap al infant, la parella, els propis pares.

Pares-bebè

- 2 Observar les interaccions pares-bebè. La nostra tasca és escoltar i contenir els pares: com s'acoblen, com es van coneixent...
- 3 Fer petites intervencions per mostrar aspectes de trobada, de benestar, per parlar sobre com és el nen, saber què li agrada i què no...
- 4 En l'aspecte tècnic, el que ens serveix més són els assenyalaments i, en alguns moments, la confrontació, si la situació ho permet, però hem de ser molt prudents perquè els pares estan amb una sensibilitat extrema.
- 5 Empoderar els pares demanant-los què els sembla que li passa a l'infant, perquè són ells els que millor coneixen el seu fill.
- 6 Fer petits retorns del que observem: fer visibles aspectes del infant mateix i dels pares.
- 7 Observar les seqüències interactives que la trobada reproduceix davant dels ulls del terapeuta i veure el contingut de la fantasia de la mare i del pare.

Observar:

- La mirada, com agafa el fill, com el calma.
- La sensibilitat de la mare de cara a saber interpretar les necessitats del bebè.
- Capacitat d'aguantar i no desbordar-se.
- Capacitat de fantasiejar, imaginar fomentant la *reverie*.
- Observar les interaccions i fer un retorn als pares de les bones respostes del nen cap a ells. Això afavoreix el vincle i el gaudi.
- Parlar de les coses que fa el bebè i de com respon quan una cosa li agrada o no; aprendre a observar-lo i auto observar-se.

Abelló, N. & Poch, J. (1992). La unitat originària: Fallida del seu funcionament. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, IX (1-2).

Barba –Müller, E., Craddock, S., Carmona, S., Hoekzema (2016), E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *New Dir Child Adolesc Dev*. Sep; 2016 (153): 47–58.

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1993). *La relación más temprana*. (1ª edició). Paidós.

Bydlowski, M. (2007). *Deuda de vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.

Bydlowski, M. & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Un voie de l'objectalisation. *Le Cahier PSY*. 3 (63), 30-33.

Escario, L. (1992). *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 13-14 (Exemplar dedicat a: VI Congreso Nacional. Progresos en Psicoterapia), 69-82.

García Esteve, L. (2016). Las madres no pueden disfrutar de su maternidad. *Infocop online*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6377.

García Esteve, L. & Valdés, M. (2016), *Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, post-parto y lactancia*. Panamericana.

Gerhardt, S. (2015). *El amor maternal. La influencia del afecto en el desarrollo mental i emocional del bebè*. Octaedro.

Golanó Fornells, M. & Pérez Téstor, C. (2013). Mentalització i vincle: La mentalització parental. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 30 (1), 66-77, <https://www.raco.cat/index.php/RCP/article/view/303361>. [Consulta: 21-06-2020].

Golse, B. (1998) Psicopatología en la perinatalidad. *SEYPNA*, 26. <http://congresos.seypna.com/>.

Fonagy, P. (2016). De la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 7.

Jannine, B. (2017). *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Noveduc.

Llauró, A. & Gomà, M. (2017). Representaciones maternas i observación madre-bebé. *SEYPNA*, 64. <https://www.seypna.com/articulos/representaciones-maternas-observacion-madre-bebe/>.

Manzano, J., Palacio, F. & Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Altxa.

Nanzer, N., Krauer, D., Palacio, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P. & Trojan, D. (2007). *Manual de psicoterapia centrada en la parentalitat*. Octaedro.

Nanzer, N. (2015). *La depresión postparto. Salir del Silencio*. Octaedro.

Palacio, F. (2012). El lloc de la parentalitat en els processos d'organització i desorganització psíquica del fill. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XXIX (1). <http://www.sep-psicoanlisi.org>.

Pérez-Sánchez, M. (1986). *Observación de bebés* (2ª edició). Paidós.

Bibliografia

Stern, D. & Bruschweiler-Stern, N. (2004). *El Nacimiento de una madre*. Paidós.

Stern, D. et al. (1998) "Entrevista R". *Un mètode d'avaluació de les representacions maternals*. Versió adaptada: *Manual de psicoteràpia centrada en la Parentalitat*. Nanzer i altres. Octaedro, 2007.

Viloca, LI (2009) La importància del vïncle en el procés d'aprenentatge.
<http://alianzainfancia.pangea.org/ca/articles.html>

Winnicott, D. W. (1982). *Realidad y juego (Playing and reality)*. Gedisa.

Winnicott, D. W. (1998). *Los bebés y sus madres*. Paidós.