

El embarazo y sus implicaciones sobre el trauma relacional temprano de la madre

Pregnancy and its implications for early maternal relational trauma

Carmen Domingo Peña

IARPP (The International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy)
IPR (Instituto de Psicoanálisis Relacional)

Resumen

En los últimos años se observa un interés creciente en la atención a la salud mental en la etapa perinatal. La etapa perinatal y el tránsito hacia la maternidad son periodos sensibles para la reactivación de la propia historia infantil de la madre y las experiencias relacionales tempranas con sus propias figuras de apego. En este artículo se recoge una propuesta teórica que permite examinar y reflexionar acerca de los conflictos subyacentes que pueden emerger durante la etapa perinatal y el puerperio cuando la llegada de la maternidad reactiva experiencias de trauma relacional con las figuras de cuidado de la propia madre. Desde una perspectiva psicoanalítica relacional e intersubjetiva se proponen algunas reflexiones surgidas a partir del trabajo psicoterapéutico con mujeres en la etapa perinatal.

Palabras clave: maternidad, embarazo, perinatal, trauma transgeneracional, apego, intersubjetividad

Abstract

In recent years, there has been a growing interest in mental health care in the perinatal stage. The perinatal stage and the transition to motherhood are sensitive periods for the reactivation of the mother's own childhood history and early relational experiences with her own attachment figures. This article contains a theoretical proposal that allows us to examine and reflect on the underlying conflicts that can arise during the perinatal stage and the puerperium when the arrival of motherhood reactivates experiences of relational trauma with the care figures of the mother herself. From a relational and intersubjective psychoanalytic perspective, some reflections arising from psychotherapeutic work with women in the perinatal stage are proposed.

Carmen Domingo Peña es profesora asociada del Máster en Psicología General Sanitaria, Universidad Pontificia Comillas.
www.carmendomingo.es

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse a la autora a carmendomingo@cop.es

Keywords: maternity, pregnancy, perinatal, transgenerational trauma, attachment, intersubjectivity

En los últimos años estamos observando un incremento en la atención a la salud mental en la etapa perinatal. Según estudios los trastornos emocionales durante la etapa perinatal afectan en torno al 10-25% de mujeres (Fernández-Lorenzo y Olza, 2020). Estas cifras no solo resultan esclarecedoras sobre la necesidad de invertir en la prevención del cuidado emocional durante la maternidad, sino que nos llevan a poder reflexionar sobre el impacto que la ausencia de apoyo emocional en este periodo sensible puede tener para el desarrollo del bebé y la posterior psicopatología de la infancia y la adolescencia.

Son muchas las investigaciones y los autores que hablan del impacto de la relación temprana entre el bebé y sus cuidadores principales y el desarrollo neuropsicológico y emocional del infante (Schore, 2001; Liberman y Van Horn, 2008; Porges, 2017; Van der Kolk, 2015). En este artículo propongo reflexiones desde una perspectiva psicoanalítica relacional e intersubjetiva realizadas a través del trabajo psicoterapéutico con mujeres en los primeros meses de gestación.

Embarazo y reactivación del trauma relacional

Existen muchos senderos por los cuales una mujer decide ser madre. Unas veces es un deseo que ha acompañado a la mujer desde muy temprano en su historia; otras veces emerge con intensidad cuando la mujer entra en su madurez; otras, aparece de forma lenta; y gracias a la evolución del feminismo también existe la posibilidad de decidir no ser madre sin que vaya acompañado de un sentimiento de culpa o de no sentirse completa como mujer.

El acceso a la maternidad también se ha hecho más plural. Ya no se depende de una pareja para poder acceder al deseo de ser madre, al igual que los avances en reproducción asistida hacen posible la maternidad para mujeres que no podrían serlo sin esa ayuda.

Sin embargo, hay algo común en toda persona que decide convertirse en madre o padre: todos venimos de una historia como hijos. Esta premisa universal será, por tanto, la piedra angular de toda la fantasmática y la conflictiva que se vaya a poner en juego en la construcción de una identidad como madre o padre. Los teóricos del apego nos han demostrado cómo a través de la narrativa adulta de su historia de apego se puede inferir el estilo de apego que se reproducirá en la relación con sus hijos (Marrone, 2001). Desde esta misma teoría es desde la cual reflexiono acerca de la transmisión intergeneracional del trauma, debido a que toda aquella historia que no ha sido narrada de forma integrada y coherente corre el riesgo de volver a actuarse en la siguiente generación.

En el momento de la construcción del deseo de ser madre se pondrán en juego muchos elementos tanto fantaseados como reales:

- 1) el bebé imaginado, con el cual se comenzará ya a formar un vínculo prenatal y a crearse la representación mental de la nueva familia (en este caso podemos pensar en las atribuciones que se hace de sus movimientos, de las conversaciones que se tienen con el bebé en la tripa, de la fantasía de cómo será y qué planes se piensan hacer cuando nazca, etc.) (Stern, 1997);
- 2) el bebé real que se desarrolla en el útero materno y que una vez nazca vendrá a reemplazar al bebé fantaseado, encontrándonos con el primer conflicto en la psique materna entre el bebé fantaseado y el bebé real;
- 3) la historia como hija de la propia madre, la cual se reactivará a través de su propio embarazo y comenzará a tomar conciencia a través de su propio proyecto de cómo desea ejercer la crianza y la maternidad, aquellos episodios de su infancia que fueron agradables y que quizás deseará reproducir con su bebé y también aquellos otros que quizás necesite visitar para evitar reproducirlos con su propio hijo o hija (Fraiberg et al., 1975);
- 4) el apoyo social y emocional que la madre va a recibir del entorno cercano, el cual será un factor de protección para la salud emocional de la diada;
- 5) el contexto social y cultural en el que ese bebé llega (Fernández-Lorenzo y Olza, 2020). Todos estos elementos serán, entre otros, aquellos que pueden impactar en la experiencia subjetiva del embarazo de esta madre y los cuales como terapeutas debemos escuchar en el trabajo analítico con mujeres embarazadas.

Una de las primeras reflexiones que planteo en el trabajo en la etapa perinatal llega de la integración de la teoría del trauma junto con los desarrollos de las teorías del apego, el psicoanálisis relacional e intersubjetivo y la psicología perinatal. Las experiencias traumáticas y potencialmente desreguladoras pueden estar albergadas en el cuerpo (Van der Kolk, 2015) de tal manera que los estímulos corporales, sensoriales o kinestésicos pueden desencadenar la activación de recuerdos albergados en la memoria no verbal que irrumpen a la conciencia ocasionando elevado malestar o la reactivación de lo que Stern (1997) llamó envolturas protonarrativas [*proto-narrative envelopes*]. La hipótesis que se plantea es que quizás es en el momento en que la mujer queda embarazada y padece los cambios propios del embarazo podría darse una reactivación de la red neuronal que hasta ahora había permanecido latente porque hasta ese momento no se había tenido acceso a la experiencia que la creó (Aburto, 2007). La psiquiatra Monique Bydlowsky en 2007 introdujo el concepto de *transparencia psíquica* para referirse al proceso de sensibilidad emocional materno que se da durante el embarazo y donde la madre rescata recuerdos del pasado de su niñez.

En este punto podemos comenzar a pensar qué sucede en las madres cuyas experiencias emocionales entran en contradicción con la narrativa incoherente y fragmentada que poseían de su infancia. Esta experiencia puede conllevar la desregulación emocional de la futura madre comenzando a vivir la experiencia del embarazo como algo angustioso e intrusivo y donde los fantasmas de su propia historia como hija colisionan con el proceso simbólico de vinculación (Fraiberg et al., 1975).

Quizás por este motivo se habla de que la etapa perinatal es un momento idóneo para la psicoterapia. A través de la experiencia del embarazo, quedan tendidos dos

puentes entre la hija que se fue y la madre que será. Brandchaft (Doctors, 2018) plantea que en la infancia, cuando un adulto no está disponible de forma emocionalmente empática y sintonizada a las necesidades del infante, el niño desarrollará un *sistema de acomodación patológica* en respuesta a la experiencia traumática de la relación, donde el propio niño garantiza su seguridad en el vínculo adaptándose a las necesidades del adulto a expensas de su propia experiencia del *self*. El trabajo que se realiza está destinado a crear una narrativa coherente de la propia historia materna para que la futura madre pueda mentalizar a su bebé y favorecer el desarrollo de una subjetividad diferenciada de la suya. A veces en consulta nos podemos encontrar con madres que no son capaces de mentalizar al bebé o su embarazo hasta pasados muchos meses, preocupadas de forma defensiva con otros temas de su propia subjetividad (trabajo, preocupaciones recurrentes sobre el cambio de su cuerpo, pensamientos y preocupaciones excesivas sobre la posibilidad de que le puedan hacer daño al bebé, etc.). Este aferramiento a su propia subjetividad puede ser un aspecto defensivo acerca de posibles dificultades en el establecimiento de la conexión madre-bebé, dichos movimientos defensivos podrían ser la respuesta ante las experiencias no simbolizadas de su propia experiencia de apego temprana.

El retorno a la fusión

El desarrollo de esta idea surge de los planteamientos teóricos que desarrolla Melania Klein (Segal, 1964) cuando plantea la posición esquizoparanoide, así como de las fases de separación-individuación que desarrolló Margaret Mahler en 1977. A raíz de estos planteamientos, he ido realizando algunas reflexiones a través del trabajo con diferentes mujeres que acudían a consulta presentando síntomas ansioso-depresivos durante los primeros meses de su embarazo. Aunque con diferencias en las estructuras de personalidad, comencé a observar que todas ellas vivían la existencia de un bebé creciendo dentro de ellas como algo que amenazaba su subjetividad, experimentando intensos sentimientos de angustia asociados a una fragilidad yoica. Como hijas, estas mujeres no habían experimentado el encuentro con un otro que les reconociera y validara empáticamente y, por tanto, su subjetividad había quedado secuestrada a cambio de mantener el afecto de sus figuras de apego. En el momento que yo comenzaba a hacerme estas cuestiones me encontraba leyendo el libro *La bailarina de Awschwitz* (Edger, 2017). Siempre he encontrado en la literatura, en el cine o en la música una gran inspiración que me ha llevado a la reflexión y forma una parte importante en mi desarrollo como psicoterapeuta y psicoanalista. En ese momento el fragmento que recojo a continuación desencadenó todo un pensamiento sobre el conflicto de la maternidad en mujeres que se desarrollaron con una subjetividad atrapada, al igual que la protagonista de la novela en ese momento, quien narra cómo, tras su liberación del campo de concentración, es cuidada por su hermana mayor, la cual no había sido víctima del holocausto y se encargaba en ese momento de cuidar del frágil estado de salud de la protagonista. En este fragmento ella habla así de la relación con su hermana en ese momento:

Me alimenta con una cuchara, como si fuera un bebé. La quiero, me encantan sus cuidados, me encanta que me abrace y me haga sentir segura. Pero también es agobiante. Su bondad no me deja espacio para respirar. Y parece que necesita algo más de mí a cambio. No gratitud ni reconocimiento. Algo más profundo. Siento que depende de mí para alcanzar su meta en la vida, su razón de ser. Al cuidar de mí, encuentra el motivo por el cual se salvó. Mi papel consiste en estar

lo suficientemente sana para mantenerme viva, pero lo bastante indefensa para necesitarla. Esa es la razón por la que he sobrevivido. (Edger, 2017, pp. 142-143)

Más tarde en la novela la protagonista, Edith, debe partir a un hospital porque cae enferma. En la narración que ella hace comencé a observar cómo al salir de casa y alejarse de la relación con su hermana puede desplegar el desarrollo de su subjetividad, madurar y desarrollar su sexualidad y la salida al encuentro con los otros. Comencé a reflexionar sobre esta experiencia donde su subjetividad había quedado atrapada en una relación donde su emancipación era una amenaza para la relación y bienestar de su hermana y cómo necesitó la distancia física para poder desplegar su subjetividad de forma plena. Podríamos introducir así el concepto de *subjetividad atrapada* para hacer referencia a personas que en las relaciones con sus cuidadores poseyeron suficiente espacio personal para el desarrollo de una subjetividad pero que esta quedó detenida en el momento que su propio desarrollo amenazaba la relación vincular. El desarrollo de su subjetividad conllevaría una autonomía e independencia que a su vez implicaría una amenaza para la relación vincular con las figuras de apego. De forma reactiva buscarían la independencia física (salir a estudiar fuera, salir al extranjero, independizarse, tener un salario propio, etc.) como única forma de justificar la separación sin amenazar el vínculo y como solución de compromiso para poder desplegar toda su subjetividad por completo.

Tras la lectura y la reflexión que la novela me ofreció comencé a pensar en las conflictivas que observaba en mis pacientes. Pensé que, al igual que Edith necesitó distancia física para desarrollarse, tal vez, como rescate a su subjetividad estas mujeres también necesitaron poner distancia física con sus propias figuras de cuidado para construir una subjetividad y un sentimiento de agencia de su propio yo. Sin embargo, el embarazo conllevaría de nuevo retornar a un estado de fusión donde la distancia física no es posible y donde además deben ceder su cuerpo para albergar a su bebé. Ahora que estaban embarazadas podría reactivarse la conflictiva de ver que su subjetividad corría peligro al entrar en juego el proceso de mentalizar a su propio bebé. Parecía una experiencia donde mentalizar y pensar en su bebé impedía la posibilidad de mantener al mismo tiempo su sentimiento de identidad y de experiencia del self. Su propia dificultad para mantener en el espacio mental y simbólico la representación de sí misma de forma paralela a la de su bebé evidenciaba la pobreza en la coherencia del sentimiento de sí misma.

Jessica Benjamin (1996) nos habla de la construcción de la subjetividad a través de la experiencia relacional de la díada cuando afirma que para que el niño construya un sentimiento de sí mismo necesita que la madre represente algo del no-yo. Sin embargo, qué pasaría si las dificultades de la propia madre no permitieron ese proceso de separación entre madre e hija. Quizás, la mujer adulta encontró en la distancia física la posibilidad de reconocerse, pero ahora que es ella quien lleva a su bebé en su vientre e integrado dentro de su ser, experimenta una experiencia que traspasa los límites de lo corporal puesto que la diferencia yo-no yo queda difuminada. Esta vivencia reactiva angustias de confusión del yo que despiertan la fantasmática y la fantasía de destruir al bebé.

Si pensamos que el tránsito del complejo de Edipo representa un impulso activo hacia la emancipación y su resolución el logro de la autonomía, estas mujeres que han carecido de una habitación propia (Woolf, 1929/2016) reviven con la presencia de su

bebé dentro de ellas como el retorno a la fusión con una figura que amenaza de nuevo su independencia. Surgen entonces sentimientos de ambivalencia hacia el bebé y hacia su embarazo que oscilan entre los deseos de cuidarlo y amarlo, pero a la vez desean destruirlo porque pone en juego su propia subjetividad que ha sido frágilmente constituida. Podríamos pensar que la experiencia externa de la maternidad organiza o reactiva la experiencia interna de lo que se jugó en la fase temprana del desarrollo y en el proceso de individuación-autonomía. La maternidad podría, por tanto, suponer la reactivación de una dramática preedípica como una experiencia subjetiva de retorno a la fusión con el objeto, un objeto que ahora está dentro. No solo es que esté dentro, sino que además puede ocasionar en la madre múltiples molestias e incomodidades que pueden despertar en ella pensamientos de que su espacio propio está siendo habitado (el útero materno) con un elevado malestar físico (los síntomas propios del embarazo) que le conecta con la experiencia emocional de que le están arrebatando su independencia y bienestar. La madre una vez se entera de que está embarazada tiene que pasar a pensar en lo que es bueno o no para su bebé y esto conlleva la renuncia a sus propios placeres y deseos (a veces esto podemos observarlo en la vivencia de las dificultades para moverse o restricciones alimenticias que acompañan el embarazo).

Por lo tanto, si pensamos que el estímulo externo del embarazo puede organizar una experiencia interna y reactivar la propia conflictiva del primer tiempo del Edipo (Bleichmar, 1980) donde se puso en juego la construcción de la subjetividad en la propia relación madre e hija, la mujer embarazada podría experimentar fuertes sentimientos de ambivalencia hacia el proceso de convertirse en madre sintiendo que la única solución a la construcción de su identidad materna conlleva la renuncia a su identidad como mujer con deseo propio. En el momento que emerge el objeto real que dependerá de ella por completo no es capaz de mantener la diferencia yo- noyo y siente que para poder cuidar del otro (su bebé) debe renunciar a su propia individualidad, quizás como ya sintió en su relación con unas figuras parentales en las que no pudo verse reconocida a través de los ojos de su propia madre (Kohut, 1971) y donde solo pudieron ponerse en juego dinámicas del amo y del esclavo, tal y como Benjamin explica en su texto de 1996, no dejando espacio a la construcción de la mutualidad.

Psicoterapia en el embarazo

Si entendemos, por tanto, que esta experiencia va a dar lugar a sentimientos de fragmentación, las angustias primarias que esta madre experimentará serán fuente de un elevado malestar y pueden dar lugar a un funcionamiento en proceso primario donde significado y significante se vuelven uno y no queda espacio para el juego en el espacio simbólico (Winnicott, 1971), es decir, el bebé condensa y representa pensamientos y fantasías inconscientes. La madre no podrá diferenciar al bebé real de sus propias fantasías y pensamientos y sentirá que las fantasías de destrucción o de odio hacia su bebé pueden suponer una amenaza real para este y llegar a dañarlo. Así, la madre no podrá acceder al juego con la fantasía. Los pensamientos que pueden surgir ante esta angustia persecutoria no podrán ser mantenidos en el espacio de la fantasía y temerá que se vuelvan reales. Por ejemplo, puedo recordar una madre que vivió un primer trimestre con muchas molestias físicas y a su vez con esta conflictiva y ambivalencia de si realmente quería ser madre – a pesar de haber sido un embarazo deseado. Esta madre vivió un primer trimestre con mucha angustia y pensamientos recurrentes de que si realmente quería tener el bebé porque sentía que sería una mala madre, su hijo no la querría y además ella no podría ser una mujer independiente nunca más. Cada vez que

ella pensaba eso sentía que dañaba a su bebé y acudía semana tras semana emocionalmente desbordada porque sentía que su bebé estaría muerto. Su angustia era tan elevada que la diferenciación fantasía-realidad no era posible y sentía que sus propios pensamientos eran una amenaza real para la vida de su bebé. Si comprendemos que la experiencia de embarazo puede estar reactivando su propia experiencia infantil y poniendo en juego la cohesión del *self*, algo de la relación primaria se va a poner en juego dentro de la relación terapéutica.

Sin embargo, a diferencia de otros procesos psicoterapéuticos con adultos, nuestra función aquí será doble. Por un lado, tendremos a una mujer que necesita del espacio terapéutico propio que le permita apuntalar su propia subjetividad y permitir así la elaboración de las angustias primarias que se están activando con la llegada del bebé para finalmente poder dar espacio para mentalizar a su propio bebé. A la vez, mantendremos activa la representación de un bebé que ella misma no puede sostener. De esta manera el espacio terapéutico queda constituido como un espacio de tres donde la función del analista será el sostén de la diada, manteniendo el interjuego y el reconocimiento de ambas subjetividades como separadas pero dependientes la una de la otra. Es a través de la experiencia relacional terapéutica sintónica donde la madre se sentirá sostenida y mirada como sujeto de deseo y con subjetividad propia, dicha experiencia favorecerá la creación de un espacio mental en el cual albergar la representación del bebé y posteriormente ser ella de forma autónoma la que repita la experiencia de mentalizar a su propio bebé. Para conceptualizar esto recogeré a continuación las palabras de Jessica Benjamin, quien afirma que:

Reconocer el sí mismo intersubjetivo no significa negar la importancia de lo intrapsíquico: el mundo interno de la fantasía, el deseo, la angustia y la defensa; de los símbolos e imágenes corporales cuyas conexiones desafían las reglas ordinarias de la lógica y el lenguaje. En el mundo interno, el sujeto incorpora y expulsa, se identifica con el otro y lo repudia, no como ser real, sino como objeto mental. (1996, p. 34)

Por un momento el bebé se ha convertido en el objeto en sí que amenaza la autonomía e individualidad de la madre porque reactiva experiencias de fusión con un objeto interno que en su día amenazó la subjetividad de esta madre. Nuestra función como analistas residirá en el acompañamiento de esta madre a crear una narrativa propia y coherente de su propia historia infantil y de sus vínculos primarios de tal manera que pueda separar significado y significante y así liberar al bebé que espera del significante de la infancia perdida de la madre.

Winnicott (1971) habló de forma extensa del juego y su función reguladora de la realidad en el proceso de desarrollo del psiquismo infantil. Winnicott afirmaba que para poder desarrollar el espacio simbólico de juego era necesario el encuentro con otro que pudiera sostener la fantasía infantil. Sin embargo, a veces el niño debía renunciar de forma temprana al espacio de juego puesto que se imponía una realidad que desbordaba al infante en ausencia de un adulto sostenedor que le ayudara a contener las angustias en el espacio intermedio de una fantasía co-construida.

Por tanto, es posible que en un primer momento de la psicoterapia en esta etapa de embarazo nos encontraremos una mujer emocionalmente desbordada por una realidad que se torna amenazante. La demanda de la mujer puede resultarnos emocionalmente desbordante y hacernos sentir contratransferencialmente con deseos de

liberarla de ese malestar de forma precipitada. Sin embargo, ¿qué es lo que necesita esta paciente de la relación?

Pensemos en términos relacionales, ¿qué es lo que se estaría poniendo en juego en el espacio intermedio? En un primer momento necesitaremos conocer el estado real del embarazo. Conocer que el bebé real se encuentra estable y que no existen amenazas de aborto será el primer elemento indispensable. Solo si la realidad es un espacio seguro podremos acompañar a esta madre en el trabajo con la fantasía.

Posteriormente podremos seguir pensando que en la relación transferencial se va a poner en juego el mismo conflicto del reconocimiento mutuo que se le está jugando a esta madre con su propio bebé. Podemos experimentar un primer momento transferencial de gran intensidad y sentir la urgencia por calmar las angustias maternas de forma inmediata cayendo en la repetición traumática de exponer una realidad de forma precipitada que impida a la mujer transitar en el espacio intersubjetivo la fantasía. Es aquí donde entraremos en el proceso de construcción de la autorregulación a través de la experiencia del encuentro relacional.

El encuentro en sesión se convertirá en el espacio transicional que permita la puesta en juego de la fantasía y la activación de experiencias de frustración óptima acompañadas por un analista responsivo y sintónico que otorgue la suficiente seguridad en el vínculo para transitar la angustia sin desregular las funciones yoicas de la paciente y permitiendo, en definitiva, la experiencia de fortalecimiento del *self* (Kohut, 1984; Bacal, 2017). A través de la experiencia relacional establecida desde un vínculo seguro donde la madre y el bebé se encuentran a salvo, se pondrán en juego las dinámicas de acomodación patológica (Doctors, 2018) que dieron lugar a la creación del *trauma relacional*. Será a través de la búsqueda empática de un analista responsivo la manera de acceder a la transmutación de los vínculos que atan en experiencias relaciones liberadoras que permitan el despliegue de funciones del Yo más flexibles, reguladas y curiosas.

El juego de las sesiones pasará a ser el espacio intermedio donde analista y paciente construyen y exploran juntas las fantasías inconscientes de la madre. El analista tolerará la dependencia y cumplirá la función de sostener la angustia en un nivel óptimo que no la niegue pero que tampoco active las defensas de la paciente. De esta manera la paciente comenzará a sentirse reconocida como agente de sus fantasías y como poseedora de una curiosidad y una función reflexiva capaz de albergarlas y transformarlas. En todo este juego con la fantasía la madre experimentará que el objeto real del bebé sobrevive a todas ellas. Paciente y terapeuta participarán en el gozo de compartir sus logros y la paciente irá reconstruyendo la confianza en sí misma y conectándose con su potencial materno. De forma progresiva las angustias persecutorias del objeto se volverán menos amenazantes y dará paso al investimento del Yo Madre dentro de un *self* con diferentes facetas que coexisten y dan coherencia al sentido del *self* (Stern, 2002.)

Viñeta clínica

Veamos a través de una pequeña viñeta clínica cómo se puede poner en juego en las sesiones toda esta conflictiva que se ha expuesto a lo largo del artículo.

Para ilustrar esta idea voy a compartir una pequeña viñeta clínica de una madre que acude a consulta a las 6 semanas de gestación por presentar síntomas de ansiedad y ataques de pánico y un estado de ánimo bajo. Esta madre llegó a mi consulta derivada por una psiquiatra que observaba que la sintomatología ansioso-depresiva que esta madre experimentaba podría traer consecuencias para su futura salud mental, así como para el desarrollo de la vinculación. El principal objetivo en este caso era no solo disminuir el malestar emocional de la madre sino además intentar evitar que tuviéramos que poner una medicación dada la elevada intensidad de los síntomas.

Fue derivada a mí como especialista en psicología perinatal. Sin embargo, en el primer encuentro que tuvimos solo mencionó una vez que estaba embarazada. Toda la sesión giró en torno a la angustia que sentía al estar de baja y su preocupación por quién iba a dirigir todo el equipo del que ella era responsable, puesto que durante toda su trayectoria laboral había ocupado cargos de dirección. Ella misma relataba en las primeras sesiones entre lágrimas que se sentía responsable de sus trabajadoras y de los usuarios y sentía culpabilidad al tener que tomarse un tiempo para cuidar de su salud, y aunque ella en ese momento no pudiera pensarlo, también de la salud del bebé. Era tal el sentimiento de culpa que seguía trabajando a pesar de estar de baja. Además de este conflicto, en la primera etapa del tratamiento era también frecuente que ella mencionara de forma recurrente todos los logros que había conseguido en su trayectoria. Hablaba con nostalgia y orgullo de haber sido siempre una mujer que desde joven se había buscado la vida, había conseguido siempre ocupar cargos de responsabilidad y eso le había permitido tener una casa para vivir sola donde recuerda que disfrutaba de su independencia y su espacio propio. Me hablaba de sus fiestas en el piso, de sus ratos a solas y con placer comentaba cómo ella sola había llegado a construir todo eso.

Las sesiones continuaban y seguía sin hacer mención de su embarazo ni del bebé a pesar de ser un bebé muy deseado con una pareja implicada, afectivamente responsiva y donde ambos se encontraban felices con su llegada. Comencé a cuestionarme qué se estaba poniendo en juego en la dinámica relacional y qué conflicto inconsciente podía haber reactivado el hecho de quedarse embarazada y tener que cogerse una baja, renunciando así a su autonomía e independencia.

Ella era hija única. Había vivido toda su infancia con sus padres y su abuelo, el cual había sido un gran dependiente a causa de un ictus que le dejó desde muy joven con unas secuelas irreversibles. Ella siempre había sido una niña muy buena y responsable. Había crecido muy pendiente de ayudar en el cuidado de su abuelo y también de su propia madre, quien había tenido que volcarse en el cuidado de su propio padre.

Mi paciente desarrolló su carrera con gran éxito, desde muy joven comenzó a colaborar en voluntariados y a adoptar un rol proactivo y de liderazgo. Antes de finalizar su carrera ya contaba con una oferta de trabajo para liderar un equipo y sacar adelante un proyecto en el ámbito de lo social y de los cuidados, el cual encabezó con éxito. Podríamos pensar que de forma resiliente transformó su experiencia relacional de cuidados en su punto fuerte y esto le dio acceso a una independencia económica que le permitió crecer y desarrollarse fuera de la casa familiar. El trabajo había sido la principal fuente de sostén de su identidad y de su narcisismo. Desde que comenzó su carrera laboral el trabajo había ocupado la mayor parte de su tiempo. El trabajo y mantenerse activa con planes había sido su manera de estar en el mundo hasta el momento donde por su embarazo y su estado emocional se ve forzada a parar al estar,

por primera vez, de baja. El parón de la baja y las limitaciones propias del embarazo colocaron a mi paciente en un lugar desconocido para ella. Al detener su actividad se vio de frente con el tiempo libre y sus pensamientos, los cuales nunca se había detenido a elaborar. Su manera de estar en el mundo había cambiado de forma drástica. Ya no podía mantener el nivel de actividad que le permitiera no pensar, tampoco podía salir por ahí, no podía beber ni fumar y tampoco sabía qué rol ocupar ahora que ya no estaba en su puesto de dirección ni en el cuidado de los usuarios.

Comencé a pensar qué estaba queriendo comunicar cuando compartía con tanta frecuencia cómo era su vida cuando vivía soltera en un piso de un barrio acomodado de la capital. Hablaba del disfrute de vivir sola, del privilegio y el orgullo de haber conseguido poder costearse una casa en esa localización, de las vistas que tenía desde su piso y de las fiestas y reuniones con amigos que se organizaban en su terraza. También compartía habitualmente las funciones que desarrollaba en su puesto de trabajo, las responsabilidades que tenía y sus habilidades para resolver y gestionar todas las dificultades que encontraba, así como su habilidad para rentabilizar las subvenciones de las que dependía su recurso. Compartía orgullosa lo bien valorada que estaba por sus compañeros y lo contentos que estaban con su gestión tanto sus jefes como los propios usuarios del recurso. Las sesiones transcurrían, pero seguía sin haber espacio para el bebé ni en las sesiones ni en la relación terapéutica.

Sin embargo, comencé a observar que, con el paso de las sesiones y la escucha empática de su malestar ansioso, los llantos y el sentimiento de culpa por estar de baja y dedicarse tiempo, daban lugar a sentimientos de bienestar y de disfrute de las actividades destinadas a su autocuidado. Comenzaba a poder compartir lo que disfrutaba de los paseos, de sus clases de natación y del tiempo que tenía ahora para hacer alguna escapada con su pareja y compartir mañanas con sus amistades y su madre. Empezaba incluso a pensar que la idea de que quizás no tuviera que volver a trabajar ya para el resto de su embarazo era apetecible.

¿Qué era lo que se estaba poniendo en juego en la relación terapéutica? La relación terapéutica se había instalado en una experiencia relacional de cuidado y de sostén. Ella procedía de una experiencia relacional donde el acceso a la relación estaba marcado por su rol de cuidadora. Sin embargo, a través de la relación terapéutica ella podía por primera vez sentirse sostenida, escuchada y cuidada sin la preocupación de tener que salir al cuidado de la otra parte de la diada. Pensé que quizás lo que había permitido a esta mujer transitar sus sentimientos de culpa había sido contar de nuevo con un espacio propio que habitar. Un espacio propio pero esta vez acompañada de alguien que pudiera reconocer su independencia. Desde que ella había conseguido independizarse no había sido reconocida por otro dado que las necesidades de cuidado de su abuelo impedían que hubiera una madre que pudiera reconocer y salir al encuentro de los logros y disfrutar de forma conjunta de la autonomía y éxito de su hija. La relación terapéutica fue el espacio donde ella pudo ir narrando su experiencia de autonomía. Encontró un espacio propio donde podía compartir con un otro cómo había sido su etapa de “soltería” y de autonomía. Fue en el encuentro con la terapeuta donde juntas pudimos construir una narrativa sobre cómo habían sido sus años de independencia y juventud. La narración compartida le permitió sentirse reconocida como independiente en los ojos de la terapeuta pudiendo así desarrollar un sentimiento de agencia de su propia autonomía. Ahora que había creado una narrativa propia de esos años en una relación que no estuviera marcada por tener que salir al cuidado ni estar

pendiente del bienestar de otro, podía reconocerse como una mujer que había tenido una experiencia de independencia propia.

Con el paso de los meses comencé a observar una transición natural y feliz hacia su maternidad. Las conversaciones sobre su independencia dieron paso a poder hablar de cómo comenzaba a sentir a su bebé en la tripa, del goce que sentía al verla en las ecografías y de conversaciones en torno a cómo su tripa iba creciendo. Compartimos con alegría el sexo del bebé, los cambios de la casa para hacer sitio a la habitación del bebé y los temores en torno a la maternidad hicieron su aparición. Ahora que ella se había podido representar como una mujer que había disfrutado de una independencia era capaz de mentalizar a su bebé y otorgarle un espacio propio. Toda la fantasmática asociada a la maternidad se comenzó a poder representar y pasó a ocupar un espacio central en la psicoterapia. Esto permitió el comienzo de una etapa nueva de trabajo donde ya éramos tres en la habitación. Comenzamos juntas a poder trabajar también desde un punto de vista relacional y abordar los fantasmas de la parentalidad de su propia historia para dejar paso a la construcción de la subjetividad propia del bebé que estaba en camino.

Conclusión

Al igual que sabemos que el trauma queda inscrito en el cuerpo, podemos pensar que el trauma relacional queda inscrito dentro las relaciones tempranas. Quizás este es el motivo por el cual a través del proceso de convertirse en madre la mujer experimenta con más facilidad y de forma abrupta la reactivación de su propio trauma relacional. Así, la experiencia emocional subjetiva de acomodar su subjetividad a la crianza y mentalización de un nuevo ser hace emerger las experiencias emocionales de la acomodación patológica a la que asistieron en la infancia (Doctors, 2018; Miller, 1994) y sobrevienen sentimientos de confusión del yo y experiencias que son vividas como amenazantes para el *self*.

Utilizando la metáfora de la habitación propia con la que Woolf (1929/2016) representa la subjetividad, estas mujeres no contaron con una habitación propia que habitar. Crecieron habitando las habitaciones de sus padres. Al independizarse pudieron vivir en una habitación propia *como si* fuese suya (lo que en términos winnicottianos conocemos como *falso self*) o bien aquellas mujeres que sí contaron con un mínimo espacio para la construcción de la subjetividad – lo que en el texto se ha introducido como *subjetividad atrapada*, - pudieron a través de tener una habitación propia desplegar su subjetividad pero esta quedó supeditada a que se mantuviera la distancia física con las figuras de cuidado. Esta habitación propia, construida sobre los cimientos de las habitaciones parentales, se verá amenazada en el momento que debe hacer espacio para la habitación del bebé (el útero materno). Esta experiencia conllevará que se tambaleen unos cimientos construidos en falso. La mujer entonces buscará ayuda en la psicoterapia un modo de visitar los fantasmas de su parentalidad para poder construir una experiencia coherente de su *self* y una narrativa propia.

La experiencia de la psicoterapia brindará a la madre la posibilidad de experimentar a través de la relación con un terapeuta emocionalmente responsivo y sintónico la experiencia de albergar una subjetividad propia construida en la interacción con el analista. La experiencia de sentirse reconocida en los ojos del analista y ser sostenida en el proceso de narrar las experiencias traumáticas de su propia infancia

permitirá la construcción de una habitación propia donde pueda ir colocando las cajas de su propia infancia. Solo al sentirse merecedora y agente de un espacio propio, podrá entonces salir al encuentro de su bebé para construirle una habitación que pueda habitar cuando nazca. Si esta experiencia no pudiera darse, se correrá el riesgo de que la madre habite la habitación del bebé como si fuera la suya, dejando al bebé sin un espacio propio y perpetuando el trauma transgeneracional.

El lenguaje y la creación de una narrativa integrada es lo que nos permite colocar las experiencias emocionales en tiempo y lugar. Las experiencias no simbolizadas son aquellas que serán repetidas de nuevo hasta encontrar la manera de poder ser narradas. Cuando trabajamos en la etapa perinatal y con población infanto-juvenil adoptamos una mirada más compleja que en el trabajo con adultos. Aunque trabajemos con los padres necesitamos mentalizar a los hijos como espacios de proyección y de reactivación de las propias historias infantiles parentales a través de la relación con sus propios hijos con el objetivo de liberar a los hijos de cargar con los fantasmas de las experiencias traumáticas parentales.

Referencias

- Aburto, M. (2007). Psicotraumatología (I): El trauma temprano. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(1), 91-109.
- Bacal, H. A. (2017). La responsividad óptima y el proceso terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 11(1), 22-50.
- Benjamin, J. (1996). Los lazos de amor: Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación. Paidós.
- Bleichmar, H. (1980). *Introducción al estudio de las perversiones: La teoría del Edipo en Freud y Lacan*. Nueva Visión.
- Bydlowsky, M. (2007). *La deuda de vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.
- Edger, E. (2017). *La bailarina de Awschwitz*. Editorial Planeta.
- Fernández-Lorenzo, P. y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Amorrortu.
- Kohut, H. (1984). *¿Cómo cura el análisis?* Paidós.
- Lieberman, A. y Van Horn, P. (2011). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. The Guilford Press.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Psimática.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. Basic Books.
- Miller, A. (1994). *El rama del niño dotado*. Tusquets Editores.
- Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Pléyades.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Segal, H. (1964) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal primaria: un enfoque unificado de la psicoterapia padres e hijos*. Paidós.

- Stern, S. (2002). The self as a relational structure. A dialogue with Multiple-Self Theory. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(5), 693-714.
- Stolorow, D. S., Brandchaft, B. y Atwood, G. E. (1997). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Routledge.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Eleftheria.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Woolf, V. (2016). *Una habitación propia*. Colección Austral. (Obra original publicada en 1929)