

OBSERVACIONES SOBRE LAS MUTUAS
TRANSFORMACIONES QUE OCURREN EN LAS TERAPIAS DE
GRUPOS CON BINOMIOS MADRE-BEBÉ Y MADRE -NIÑO
PEQUEÑO¹

Dra. Nydia Lisman Pieczanski*
en colaboración con las terapeutas:
Peggy Tilghman LICSW, y Megan Tefair, LPC
Washington DC, USA

INTRODUCCIÓN

Hace unos años mis colaboradoras y yo tomamos la decisión de comenzar terapias en grupos con binomios madre-bebe y madre-niño pequeño en Washington DC² donde este concepto y técnica tan familiares en Sud América nunca se había desarrollado. Esta inquietud surgió por la gran demanda de consultas de mujeres con intensas dificultades en su función materna.

Los fundamentos conceptuales y técnicos de esta modalidad de trabajo fueron establecidos en la década del 70 por Arminda Aberastury, gran pionera del psicoanálisis de niños en Argentina. Ella introdujo la idea de que en este trabajo tanto las madres como los bebes son miembros del grupo y como tales sus mundos son explorables y contribuyen al funcionamiento grupal.

¹ *Agradecemos a Ana y Alberto Pieczanski y a Isabelle Babcock por su colaboración en la traducción al Español y el resumen al Francés.*

* n.l.pieczanski@gmail.com

² *El Washington School of Psychiatry es una institución fundada en 1936 por Harry Stack Sullivan. Tiene una historia de trabajo interdisciplinario en la enseñanza y la investigación, en programas de psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis como también en su intersección con las ciencias sociales, la cultura y la biología. Su énfasis es la contribución de la cultura en el desarrollo de la mente humana.*

Arminda, como todos la llamábamos, pensaba que grupos de binomios creaban un entorno mucho más seguro para la exploración de la ambivalencia que tan frecuentemente acompaña la maternidad y la culpa que esta ambivalencia genera. La presencia del recién nacido es sentida como una amenaza en la medida que la maternidad se asocia con la emergencia de ansiedades primitivas, soledad y la imposición en la pareja de un tercero que crea una nueva realidad en la que la pareja original parece amenazada y dañada.

El pasaje de pareja a familia requiere un proceso de duelo en la que la pareja original se siente amenazada o perdida y la nueva configuración aparece como misteriosa e impredecible.

Pensamos que esta tarea grupal facilitaría la creación de conexiones entre el pasado y el presente, la comprensión de cómo la historia modela nuevas experiencias, facilitándolas o perturbándolas, en el proceso de la búsqueda de la "Madre" interna. Compartir estas vivencias y ansiedades en un grupo con otras madres, varios bebés y terapeutas provee un entorno casi ideal para la elaboración de este tipo de conflictos y promover el descubrimiento de nuevas experiencias.

Las madres tenían mucho para comunicar pero no podían acceder a palabras para hacerlo. La creación en el grupo de múltiples narrativas que podrían ser compartidas cumpliría con una función reparadora al permitirles a las madres acceder a la función simbólica

Nuestra idea inicial no era crear grupos de madres con patologías. Nuestro modelo era el de la Observación de Lactantes desarrollada en Londres por Esther Bick y que ahora se denomina "Tavistock method", que era una experiencia que nos era familiar. Desde esta óptica el foco eran ambos, los bebés y sus madres.

CONSTITUCIÓN DE LOS GRUPOS

La mayoría de las madres entrevistadas tenían una historia de depresión puerperal. Algunas mostraban intensas ansiedades persecutorias y antecedentes de pérdidas traumáticas. Por ejemplo: la muerte de un bebé durante la semana 36 del embarazo; una historia personal de abuso y violencia más la muerte por suicidio de un hermano; la muerte de un mellizo "in útero" en la semana 39 de embarazo. Una de las madres sentía que la "habían partido en dos" después de una operación cesárea, aunque esta había sido

planeada con bastante anticipación. Esta madre mostraba un estado narcisista intenso, porque la cesárea "le había arruinado la perfecta escena de su parto". En un pensamiento paranoico, acusaba a los médicos de haberle "robado la posibilidad de ser normal".

Similares situaciones han sido descritas por Marguerite Reid en Londres. Reid describe los riesgos que corre el bebé que nace después que la madre sufre importantes pérdidas, antes de su nacimiento. En una conferencia no publicada que ofreció en el Washington School of Psychiatry en 2013, y en su trabajo: *The experience of babies born after the loss of a baby*, capítulo 12 del libro (Infant observation and research: emocional proceses in everyday lives), (Editado por Cathy Urwin, Janine Sternberg. Ruledge, London 2012), ella describió lo que dio en llamar "the penumbra baby", que es producto de la interacción entre una madre que ha sufrido una pérdida perinatal y el bebé recién nacido en los intentos por construir un nuevo paradigma.

Anteriormente estos bebés fueron descritos como "the replacement baby" (Cain, A.C. and Cain, B.S., 1964)

Este bebé, según Reid no nace para reemplazar al muerto sino que es la vaga sombra (penumbra) del muerto a quien la madre alimenta y cuida. El nuevo bebé no nace a la sombra del otro, sino que es la sombra del otro.

Las madres que se incorporaron a los grupos estaban dispuestas a participar de la experiencia y aceptaron combinarla con psicoterapia individual.

Hemos trabajado varios años con esta combinación técnica y nuestra primera impresión es que da muy buenos resultados. Esperamos poder acumular más datos en relación a esta técnica en el futuro.

TRABAJANDO EN EL GRUPO

Usando los principios de la Observación de Lactantes (1964) desarrollada por Esther Bick en la Tavistock Clinic de Londres, tratamos de detectar modelos relacionales incipientes en el binomio madre-bebé. Usamos la perspectiva psicoanalítica sobre grupos combinando la noción de grupo como una unidad psicológica, un objeto único, mientras simultáneamente prestamos atención a las características individuales de cada madre y bebé, un modelo similar al descrito por Paul and Thompson-Salo (1997) en: *Infant-led innovations in a mother-baby therapy group*.

Los miembros del grupo junto a los co-terapeutas podían tanto reflejarse mutuamente como actuar como pantallas proyectiva.

A veces una de las madres se presentaba en distonía con el resto del grupo con una actitud claramente beligerante. Esta conducta era tolerada por el grupo y no interfería en el proceso elaborativo.

La posibilidad de reconocer y explorar la ambivalencia en relación a la maternidad ayudó a todas las madres a compartir sus experiencias permitiendo, a lo largo de este proceso, fortalecer la tolerancia a sus conflictos.

El grupo permitía diluir la indigerible toxicidad de las proyecciones que tenían lugar entre sus miembros. El concepto de función continente fué desarrollada por W. Bion (1963). El trabajo clínico de Bion con pacientes psicóticos y neuróticos confirma las conclusiones de Klein (1946), sobre el rol de los mecanismos proyectivos como defensa contra ansiedades catastróficas.

Estas ansiedades surgen como respuesta a fantasías inconcientes de un self fragmentado, lleno de objetos persecutorios, en un aparato mental que aún no ha desarrollado una adecuada función simbólica. Bion llama elementos Beta a estos objetos proyectados junto con fragmentos del self.

Como complemento del modelo de Klein sobre las relaciones tempranas madre-bebé, Bion describe la existencia de lo que llama función Alfa, una función materna específica que permite contener y modificar estas proyecciones tempranas.

Cuando la función continente, como fué denominada por Bion, opera adecuadamente, la madre incorpora estas proyecciones y puede transformar este contenido en una versión "digerible" por el bebé. A lo largo del desarrollo el bebé comienza a incorporar la función Alfa, y la función "desintoxicante" pasa a ser parte del aparato mental del bebé.

En nuestro grupos, esta función Alfa es ,en parte ,la tarea de los terapeutas, que reciben y procesan las proyecciones de las madres. A su vez el grupo, en su totalidad ,también cumple esta función y la promueve en cada uno de sus miembros.

En nuestro grupos pudimos observar importantes diferencias en la capacidad y disposición de cada madre a desarrollar la función continente.

TRANSFORMACIONES

Material clínico.1- Bebé a Bebé y como se recupera la mirada de la madre.

Durante una sesión, una madre estaba protestando al grupo porque su hija, que no había cumplido un año todavía, no quería comer comida sólida. La conversación surge porque otra mamá, durante la sesión grupal le había dado a su hijo, de aproximadamente la misma edad, un bowl de cereales Cheerios que él estaba comiendo muy lentamente, disfrutando de cada bocado.

Julia: Es raro porque a mi hijo mayor no le pasó esto, pero Dahlia no mastica nada, ni siquiera Cheerios. Come toda la comida líquida o como puré, licuada o picada en pedazos pequeños, pero nada sólido. Kate: Debe ser molesto para vos. ¿Qué come entonces? Julia: Ese es el problema, me enoja mucho. Me niego a prepararle comida especial para ella a esta edad, así que si puedo, preparo un puré para todos y por suerte casi siempre le gustan los sabores. Su gusto en realidad es mucho más aventurero que el de su hermano, pero se niega a comer comida sólida. Le da arcadas.

Kate: ¿Pensás que no sabe masticar? Me acuerdo cuando Timmy comenzó con sólidos, se los ponía en la boca y parecía que no sabía qué hacer. Miraba la comida un rato largo y luego se decidía a comer. Julia: Es posible, pero Dahlia nos observa a los tres en la mesa. Honestamente pienso que no tiene ganas. Quiere que yo le dé de comer en la boca y le prepare algo especial que sea solamente para ella; que le preste más atención. Mientras las mamás estaban absorbidas por esta conversación, los bebés estaban sentados muy cerca el uno del otro, al lado de sus madres sobre sus colchonetas. Timmy comía sus Cheerios lentamente y jugaba con algunos juguetes sin prestarle atención a Dahlia. Dahlia, sin embargo, lo miraba fijamente a Timmy en los ojos. Se quedó sentada quieta por unos minutos mientras lo observaba, y repentinamente comenzó a gatear rápidamente hacia él. Se sentó a su lado, y continuó observándolo. Las mamás se habían dado cuenta de que Dahlia estaba gateando y la miraban mientras hablaban, pero pronto volvieron a concentrarse en su conversación. Timmy todavía no comía sólidos perfectamente, así que mientras masticaba lentamente, algunos Cheerios se le habían caído al lado suyo sobre las colchonetas. Mientras masticaba intentaba levantarlos, pero no les prestaba mucha atención. Dahlia continuó observándolo, luego tambaleo para adelante y agarró un Cheerio. Tras mirarlo atentamente como si hubiera tomado una decisión se lo metió en la boca y sin prisa lo masticó.

Terapeuta: Mientras todas estaban conversando parece que Dahlia está tratando de decirnos algo muy importante. ¡Creo que Dahlia acaba de comerse un Cheerio!

Julia: ¿Cómo? ¿En serio? Dahlia la miró a su madre, sonrió, y se metió otro Cheerio en su boca. Hubo un momento total de silencio, y después hubo risas en el grupo.

Julia: Bueno, está bien. Estaba equivocada. ¡Timmy, que buena influencia sos para mi bebé. ¡Transformaste algo en ella! Pero también en mí.

Gracias, Timmy por ayudarme a mirar a mi hija.

Después de su primer embarazo de mellizos Julia tuvo una depresión puerperal no tratada, (Ver siguiente material clínico).

Se sentía "inepta" como madre y "solucionó" el problema retomando su trabajo que le ocupaba 80 horas semanales, viajando la mayor parte del tiempo. Un año después, avasallada por la culpa, decidió dejar de trabajar y ocuparse de su hijo. Durante el embarazo de Dahlia comenzó una psicoterapia por temor a volver a caer en una depresión. Fue su psiquiatra quien la refirió a nuestro grupo. Allí pudimos observar como ella veía a Dahlia como su melliza y no como una persona separada. Julia sentía que el proceso de individuación de Dahlia era una amenaza para ella. Las terapeutas pudieron observar como, en la sesión presentada, Julia comenzó a ver a Dahlia con una identidad propia, no manipulativa y dispuesta a aprender de otros.

También pudieron observar la existencia de transformaciones en las relaciones entre los bebés y no solo en el binomio madre bebé.

Material clínico 2- Madres a Madres. Impacto en las terapeutas.

Las madres, con sus historias personales también se transformaron entre ellas.

Después de aproximadamente dos años de tratamiento, Julia (la madre mencionada en la viñeta anterior) anunció que estaba embarazada, y eran mellizos. Era el primer embarazo del grupo. Esta información causó gran ansiedad en las terapeutas. Una de las madres del grupo había tenido un parto de mellizos, pero uno de los bebés había nacido muerto.

Otra mamá había dado a luz a un bebé sin vida un año antes del nacimiento de su segundo hijo. La muerte y el tremendo dolor, asociado con estas pérdidas, seguían presentes en la mente de las madres y las terapeutas.

Recuerdo que durante una supervisión, las terapeutas me dijeron que esta noticia representaba una realidad "peligrosa", refiriéndose a la reactivación de todos los duelos y pérdidas dentro del grupo. También se preocuparon del efecto que estos recuerdos y asociaciones podrían tener sobre el embarazo de Julia.

Por su parte, Julia, había sido una gemela y había sufrido una depresión puerperal severa cuando nació su primer bebé. Ahora se encontraba en el grupo con su segunda hija, y estaba progresando mucho.

Ella y su hermana melliza habían nacido con defectos congénitos del corazón, la gemela de Julia murió a los dieciséis años. Su hermana había sido la niña mimada de los padres y Julia siempre se sintió como la sombra de su hermana, que lideraba en todo. Después de la muerte de su gemela, la madre de Julia repentinamente dejó de mirar y hablar con Julia. Su madre decía que no podía mirarla a los ojos porque Julia era idéntica a la hija que había perdido, y quedaba paralizada emocionalmente cada vez que la miraba. Las madres y las terapeutas se sentían amenazadas con las historias del grupo y la idea de Julia dando luz a mellizos.

Fue difícil para las terapeutas mantenerse con la mente abierta y con una cierta neutralidad para enfrentar esta nueva y compleja situación como diría Bion "sin memoria y sin deseo" (1967), tratando de seguir muy conectadas con lo que los miembros del grupo presentaban. Tratamos, en la medida posible de mantener el modelo de la Observación de Lactantes, observando el material en el "aquí y ahora" sin apurarnos a desarrollar ninguna hipótesis.

Las madres comenzaron a asociar este nuevo embarazo con sus propias pérdidas. Temas como: envidia intensa, temor por daños y culpa por sus deseos fueron expresados abiertamente. A lo largo de este proceso pudimos observar los primeros elementos manifiestos de esperanza y reparación. Algunas madres expresaron preocupación por Julia sobre todo para el final del embarazo en que Julia estuvo dos meses en reposo total por indicación médica. Aunque físicamente ausente del grupo, su presencia se sentía durante las sesiones. A veces su ausencia era como una mala presencia, pero en general existía en las madres una mezcla de incertidumbre impregnada con esperanza y buenos deseos. La primera vez que volvió al grupo después de dar a luz, sorprendió al grupo porque trajo a los mellizos de seis semanas dejando a su hija en la casa con la niñera. *Julia: Entró con sus bebés sobre su pecho cargándolos como un canguro, con una tela colorida envuelta de tal manera que cada bebé descansaba en su propio lugar, separado por tela de seda como en dos bolsas uterinas. Eran una niña y un niño.*

Los dos bebés dormían tranquilos y la nena descansaba con su frente sobre la cara de su hermano chupando su cachete suavemente. Julia se sentó en el piso y desenvolvió a los mellizos, acostándolos delante de ella sobre la colchoneta. La nena comenzó a protestar inmediatamente mientras que el varón se estiraba y despertaba lentamente sin hacer ruido. Julia le dió palmaditas a la nena y le susurraba preguntándole si estaba cansada o si tenía hambre. Decidió que probablemente tenía hambre y tomó una mamadera. Acurruca a la nena en su brazo derecho y mirándola fijamente en los ojos la alimenta.

El hermano entonces empieza a protestar y el grupo observa como Julia le habla y le da palmaditas con su mano libre. Las otras madres le preguntan a Julia como se siente de tener cuatro hijos menores de cinco años, y tres de ellos de menos de dos años. Julia termina de darle de comer a su hija y la acuesta con cuidado sobre la colchoneta mientras sostiene al varón. Julia comienza a alimentar al varón y la nena empieza a llorar. Julia la levanta, sosteniendo hábilmente a los dos bebés y dándoles de comer simultáneamente. Su manejo relajado con los mellizos y las complicadas maniobras señalan un profundo cambio en esta madre. Se la ve reluciente. Cuando dice: "Ahora me siento bien siendo una madre", todas hablamos del trabajo importante que había logrado en el grupo, y de su transformación en el proceso. Mientras los mellizos siguen comiendo, Julia hace comentarios sobre sus temperamentos, planteando que ella se dio cuenta de lo diferente que eran desde cuando estaban en su útero. Las otras madres miraban atentamente mientras esta mamá excepcional manejaba a sus mellizos mientras que nosotras, las terapeutas, sentíamos que su presencia "también había tenido un efecto transformador en nosotras". El regreso de Julia afectó profundamente al grupo, y las terapeutas observaron distintas reacciones emocionales. Algunas madres expresaron mucha envidia al verla tan competente y contenta. Pero la envidia se mezclaba con una recuperación grupal de la esperanza por la transformación que tuvo lugar.

Julia todavía necesita el grupo y a su vez es el símbolo de la esperanza.

Material clínico 3- Una Madre transformada por el Grupo.

Karen, Denise y Ann han estado 2 años en el grupo.

Dos de ellas tuvieron partos con bebés muertos y la tercera tuvo una depresión puerperal no diagnosticada hasta 8 meses después del parto de su primer hijo. En el grupo compartieron las vicisitudes de sus luchas personales.

Esta sesión comienza con estas madres conversando sobre la última semana.

Karen: En nuestra sinagoga una familia perdió una niña de 5 años que murió de cancer. Estuvo muy enferma. No conozco bien a la familia, pero cuando me enteré pensé que debía hacer algo, pero no supe que hacer.

Ann: Que horrible!! Una nena tan chiquita!.

Denise: Si, no me puedo imaginar una situación así. No es que una muerte sea mejor o peor que otra pero...

Karen: Si, es horrible. El fin de semana pasado mi hijo y el segundo de ellos, de la misma edad, estuvieron juntos en un cumpleaños. No conozco bien a la familia pero los

reconocí cuando los vi. Mientras trataba de pensar si me tenía que acercar y hablarles, me di cuenta que nadie les hablaba y evitaban el tema de la muerte de la nena. Entoces me acordé de ustedes dos y todas las situaciones incómodas en que hubiesen deseado que alguien les hable en vez de quedarse en silencio. Entonces decidí acercarme y hablarles. Les dije como lamentaba lo que había ocurrido y que había estado pensando mucho en ellos. Fuí muy directa y honesta, me lo agradecieron mucho. (Karen lloraba mientras hablaba) Lo hice gracias a ustedes dos.

Ann: Estoy muy impactada por lo que hiciste. Sé lo difícil que te es conversar sobre estos temas.

(Silencio)

Terapeuta: pienso que están descubriendo como el grupo y el trabajo que hicieron juntas las ayudó a recuperar la esperanza de aprender juntas.

Material clínico 4. "Penumbra Baby" Emergiendo del "Falso Self"

Ann se sentía muy culpable por la pérdida de su primer embarazo a las 36 semanas. Debido a su tardía edad decidió embarazarse rápidamente y su segundo hijo, Andy, nació sano a las 36 semanas de embarazo.

Durante la primera semana de vida Ann empezó a tener impulsos de romperle la cabeza al bebé.

Como complemento de la terapia individual su terapeuta la refirió a nuestro grupo cuando Andy tenía 10 días. La terapeuta quería proveer pares de ojos adicionales para proteger al bebé y ayudar a Ann que se sentía profundamente avergonzada y vulnerable.

Ya desde las primeras sesiones las terapeutas observaron la manera incómoda que tenía Ann de amamantar al bebé. Siempre había un espacio, una separación entre los cuerpos. Mientras imaginábamos a Andy tratando de encontrar un espacio en el mundo interno de la madre tratamos de ayudarla a crear las condiciones para ayudarla a entender a su bebé y un espacio para este hijo que estaba vivo.

EL duelo de Ann por el niño muerto fue complicado. El embarazo tan cercano a la pérdida, hizo que el bebé vivo y el muerto se mezclaran en su mente.

Ann tenía una historia de adicción y anorexia en su juventud, así como fantasías de haber matado a su bebé. Andy operaba en su mundo interno como un constante recordatorio de su culpa.

Durante los primeros meses de terapia Andy estaba hipotónico y no respondía mayormente a estímulos. Ann era torpe cuando lo tenía en brazos. Andy se quedaba muy quieto, casi como si quisiera pasar desapercibido.

En una ocasión, a los 7 meses de edad, Ann lo puso sobre la colchoneta de espalda frente a ella. Andy comenzó a recorrer su entorno con los ojos, mientras movía las piernas y brazos. Finalmente se detuvo a mirar la cara de su madre. Ann comenzó a hablar de su hijo muerto mientras lloraba, evitando mencionar su nombre. En ese momento las terapeutas notaron que Andy dejó de moverse, dejando caer sus brazos mientras su rostro volvía a ser inexpresivo. Permaneció así, quieto., mientras su madre describía su nostalgia por el hijo perdido que nunca llegaría a conocer y el odio que eso le despertaba. Nos sorprendió que un bebé de 7 meses pueda mantenerse tan inmóvil, siendo la única evidencia de movimiento un parpadeo. Nos hizo pensar en la imagen de un perro que simula estar muerto para evitar ser lastimado.

Desde entonces Ann mostró un desarrollo importante, y parece estar elaborando positivamente su duelo, separando en su mundo interno a los dos niños. Ahora parece realmente ver a Andy como su segundo hijo y no como "la penumbra del primero". También descubrió como Andy se va revitalizando.

Actualmente, Andy es un niño de 3 años, vivaz y curioso, activamente relacionado con su madre y los otros miembros del grupo.

Una de las modalidades de falso self descritas por Winnicott(1965), es la que se desarrolla en los niños, hijos de madres deprimidas. Estos niños suelen ser sumisos y "muy buenos", sin caprichos ni complicaciones. En muchos casos, estas reuniones le dan a la madre un espacio para recuperarse, y al niño un lugar para realizar su desarrollo y mostrar su verdadero self. Esto ocurrió con Andy cuando la madre empezó a salir de su depresión. Andy fue el testigo del duelo delirante patológico de la madre y asimismo un reflejo de la recuperación de Ann.

Material clínico 5. "La lucha por elaborar el trauma y emprender un camino diferente"

Susan es original de un grupo familiar geográfica y culturalmente aislado de Alaska. En su infancia padeció de abusos físicos y sexuales. A los 14 años se escapó de su casa y comenzó una vida errante, mudándose de un albergue a otro en diferentes Estados.

Susan estaba ahorrando para ayudar a su hermano adolescente a escapar del núcleo familiar pero él se suicidó dos semanas antes de que ella pudiese juntar suficiente dinero. Ella nunca pudo superar su culpa, y solía decir que "nunca terminaría de pagar esta deuda".

A pesar de su historia, logró terminar la escuela secundaria y la universidad. Se casó y tiene una hermosa relación con un hombre que la quiere y la apoya.

Susan, casada y con una hijita, llegó al grupo con ambivalencia en relación a revisitar su historia y no muy convencida sobre la influencia que su infancia traumática podía tener en el presente.

La relación con su hija Rose era intensamente ansiosa y persecutoria. Susan desconfiaba hasta de su marido en relación al cuidado de Rose. Su certeza de que su constante atención era la única seguridad para Rose tenía cualidades delirantes.

A lo largo de las sesiones comenzó a compartir su historia con el grupo y pudo visualizar conexiones entre su historia, sus ideas y sus dificultades con la maternidad; su falta de modelos adecuados para configurar un grupo familiar y la lucha por superar sus miedos.

En sesiones previas Susan nos contó sobre sus problemas de dinero y la dificultad para conseguir un trabajo part-time. Debido a la ansiedad en relación a separarse de Rose, Susan solo consideraba la posibilidad de cuidar otro bebé así podía estar simultáneamente con Rose. Eventualmente, consiguió una familia que la contrató para cuidar tres veces por semana un niño, de la misma edad que la de su hija..

Susan contó que su niña tenía dificultades para dormir, y se despertaba muchas veces de noche. Asimismo pensaba que Rose no comía lo suficiente porque cuando se despertaba exigía una mamadera a pesar de lo que comía de día.

En el grupo tratamos de ayudarla para que le permita Rose dormirse sola, sin responder inmediatamente a su llanto. Susan contó que le era imposible y que muchas noches terminaba durmiendo en el suelo en la pieza de la hija.

A medida que el comienzo de su trabajo se acercaba, Susan se puso cada vez más ansiosa y temerosa de cómo Rose reaccionaría a la presencia del otro niño. Debido a su trabajo tuvo que faltar a varias sesiones. Cuando Susan se reincorporó ya hacía tres semanas que trabajaba. En el grupo había otra madre, Zadie, cuya niña tenía 9 meses como Rose.

Terapeuta: Bueno, Susan, todas queremos oír tus novedades. ¿Como anda tu trabajo?

Susan: En realidad es realmente bueno. El niño es muy dulce y me gusta la familia. Rose se lleva realmente bien con él y juegan juntos. Es una verdadera sorpresa.

Eva: Estabas tan preocupada por Rose. Pensabas como se sentiría. Nos contaste que era tan aferrada a vos y pensabas que no la ibas a poder atender.

Susan: Ya sé. Tenía tanto miedo. Pero Rose estuvo bien inmediatamente. Es muy raro tener que decir que se la ve más contenta. No me van a creer, duerme toda la noche

Terapeuta: Pienso que vos no podés creer.

Susan: Si y tampoco se alimenta de noche. Creo que comenzó a dormir al final de la primer semana. Me cuesta creerlo. Pensé en lo que ustedes siempre dicen: que siempre espero lo peor.

Terapeuta: Como se siente ver a Rose contenta?

Susan: Desde ya que estoy contenta por su progreso, aunque es un poco triste verla mas independiente. (Pausa) Pero, estoy especialmente aliviada porque significa que ahora puedo dormir, aunque en realidad no duermo. .

Eva: Como que no dormís? ¿Que hacés?

Susan: Es tan raro verla dormir que yo no me puedo dormir. Tengo visiones de que se puede enredar en la sábana y asfixiarse, O que alguien se meta por la ventana. Se que no es racional pero me pasa. Me pasaba de chica.

Terapeuta: Pienso que nos estás diciendo que importante es conectarte con tus miedos. Parece que te sentís un poco mas separada de Rose. Rose no es Susan. También parece que Rose te está cambiando.

Susan: Pienso que si, y también quiero. No quiero que ella tenga miedo del mundo. No quiero que espere lo peor de todos como me pasa a mí. Quisiera que sea un poco cautelosa, pero no se como! Mi familia no me preparó para esto. En realidad no me preparó para nada.

A medida que comenzó a diferenciarse de su hija, Susan pudo "comenzar a escribir un nuevo libreto" para su vida futura. Esto le permitió sostener esta diferencia. El grupo era el testigo de estos cambios, de como empezaba a tener sus ideas propias en relación a que clase de madre ella aspiraba a ser y decidirse finalmente a emprender un camino difícil pero posible; un camino diferente al modelo aprendido por ella desde niña.

Compartir con el grupo su trauma trans-generacional le permitió tener un insight sobre el proceso de adquirir una meta propia, hacer el duelo por la nostalgia de una realidad que ella nunca conseguiría. La reparación en relación al daño del pasado, le permitió crear una nueva realidad en su nueva familia, sabiendo que sus heridas no se borrarían.

El grupo tuvo una función desintoxicante, y fue la fuente inspiracional que le permitió reconstruir su pensamiento simbólico.

COMENTARIOS FINALES

El tema central de este trabajo es la transformación que ocurre en un grupo de madres y bebés- transformación entre los niños, entre las madres entre sí y entre las madres y sus bebés.

Quisiéramos mencionar la profunda transformación en la mente de las terapeutas y también en el impacto en la supervisora y autora del trabajo.

Proyecciones de ansiedades muy primitivas desencadenaron reacciones contratransferenciales en ambas terapeutas, que debieron ser elaboradas por ellas para permitirles devolver una versión digerible al grupo para que esto pueda ser pensado, procesado y elaborado.

Las madres llegaron al grupo con el sueño de convertirse en "madres normales, como todas". Esto fue en algunas madres explorado como una fantasía inconsciente. En otras apareció como material expresado verbalmente en la primera entrevista de evaluación.

La oferta de un espacio en donde se crea una actitud mental receptiva, dispuestas a acompañarlas en su camino a través de la maternidad, en un medio no crítico sino comprensivo, respondiendo de una manera activa, parece haber modificado un estado mental (Waddell, 1998), con predominio del miedo, ansiedades persecutorias e identificación proyectiva masiva, a otro estado mental que les permitió acercarse a su propia verdad, aumentar su tolerancia al dolor psíquico y recuperar la esperanza y la gratitud.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. (1972) *El Psicoanálisis de Niños y sus Aplicaciones*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Bick, E. (1964) Notes of infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45(558-66).

Bion, W. (1963) *Elements of Psychoanalysis*. London: Heinemann.

Bion, W. (1967) *Psychoanalytic Forum*, vol. 2, no. 3.

Cain, A.C. and Cain, B.C. (1964) On replacing a child, in *Journal of the American Academic Child Psychiatry*, 3 (1964): 443-56

Klein, M. (1946) *Notes on some schizoid mechanisms*. *International Journal of Psychoanalysis*, 27(99-110).

Paul, C. and Thompson-Salo, F. (1997) Infant-led innovations in a mother-baby therapy group. *Journal of Child Psychotherapy* (23)219-244.

Reid, M. (2013) (unpublished paper) *The impact of traumatic delivery on the mother-infant relationship*. Conference at Washington School of Psychiatry, Reid, M. on (2012): *Infant observation and research: emotional processes in everyday lives*, (Edited by Cathy Urwin, Janine Sternberg). Routledge, Chapter 12.

Waddell, M. (1998) *Inside lives. Psychoanalysis and the growth of the personality*. Tavistock Clinic Series: chapter 1.

Winnicott, D. (1965) Ego distortion in terms of true and false self. In *The Maturation Processes and Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York: International UP Inc. (140-152).