De la consulta terapéutica postnatal a la consulta terapéutica antenatal

Pr. Sylvain Missonnier

¿Cuántos elogios recientes a la perinatalidad en boca de los profesionales de los trastornos de la parentalidad y de las desarmonías relacionales perinatales? Cada vez más, ¡afortunadamente!. Es muy grato que los clínicos tomen conciencia, por fin, de las oportunidades preventivas que ofrece este primer capítulo esencial de la biografía real de todo individuo.

Aún así, nos vemos obligados a constatar sobre el terreno, en la literatura y en los congresos, una desigualdad entre el interés dedicado a lo postnatal y a lo prenatal. El primero cada vez más investido y "cartografiado" (Missonnier, 2003), mientras que el segundo, continua siendo, a todas luces, el pariente pobre. Esto es cierto en cuanto a las herramientas teórico-clínicas, mucho mejor definidas para la tríada padres/bebé que para el "trío" de padres "embarazados"/ feto del embarazo. Este contraste culmina con los datos sobre técnica psicoterapéutica. **La "consulta terapéutica" padres/bebé reina en un superioridad sin rival.** Y cuando se habla de consulta precoz, es prácticamente un pleonasmo el precisar que se trata de una consulta postnatal. A su sombra, raras son las referencias francófonas dedicadas a la técnica de las consultas terapéuticas antenatales (CTA).

Esta exposición es una rebelión contra esta actual carencia y desea favorecer la movilización de los clínicos de lo prenatal a favor de este campo de trabajo inherente a la preocupación creciente por la prevención prenatal. De hecho, muchos de entre nosotros, psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos, tenemos una práctica regular de estos encuentros psicoterapéuticos con mujeres embarazadas, solas, en pareja, con un hijo mayor, uno o varios profesionales… en una institución o en consulta privada.

PLAN:

1.- ¿Consulta terapéutica padres/feto?
- 1.1 La CAT: tres postulados teóricos
- 1.2 La CTA: diversidad de contextos

2.- Sra. F.: terapia breve
3.- Constantes del encuadre, variabilidad de los procesos.
4.- La CTA: ¿entre el recitado de acontecimientos y la asociación libre psicoanalítica?
5.- La transferencia.
6.- La contratransferencia
Conclusión

1.- ¿Consulta terapéutica padres/feto?

A raíz de mi primer decenio de trabajo en una maternidad, me di cuenta, hacia mitad del camino, de un giro cuantitativo muy significativo: durante los primeros años la mayoría de mis intervenciones se producían en postnatal, pero la tendencia se invirtió con el tiempo a favor de las intervenciones prenatales. La focalización primitiva sobre las "competencias" del bebé y sobre la prevención de los desajustes relacionales, propios de los años 80 y de acuerdo a la consulta terapéutica postnatal (CTP) según Levovici, me ha conducido inevitablemente a interesarme cada vez más por el periodo de embarazo y a incluir este período en toda anamnesis, sea cual sea la edad del sujeto.

La clínica cotidiana también me invitaba a ello, a través de mi diálogo con los padres durante las sesiones de preparación al parto y las parejas en las cuales la mujer recorría el camino sembrado de obstáculos de la PMA, los embarazos patológicos, las sospechas de señales de anomalías fetales en el proceso de diagnóstico antenatal, los duelos, las patologías psiquiátricas crónicas o agudas, etc.

Lentamente pero con firmeza, el periodo de embarazo se ha impuesto como un lugar de predilección de la prevención primaria de los trastornos de la parentalidad y de los desajustes precoces.

En este contexto ¿es razonable hablar de la consulta terapéutica padres/feto? Para iniciar el debate voy a abordar sucesivamente cuatro postulados teóricos generales para, más adelante, entrar a detallar varios aspectos técnicos.

1.1. La CTA: tres postulados teóricos.

1.1.1. Antes que nada, se impone una crítica a la concepción del funcionamiento psíquico en postparto que aún es, actualmente, la más extendida. El punto de vista de Bertrand Cramer y Francisco Palacio-Espasa (1993) sigue siendo emblemático en este sentido. Describen el funcionamiento parental en postparto como una **"neo-formación original"**, **una "nueva tópica".** Definen esta organización específica como la materialización de las investiduras narcisistas y pulsionales parentales, hasta ese momento arrinconadas en su espacio intrapsíquico, y que pasan a distribuirse en el espacio interpersonal de la relación con el niño real y fantasmático(de la fantasía). "El niño se vuelve así el relevo y el depositario de las investiduras que –hasta entonces- estaban vinculadas a los objetos internos o a aspectos del self". Ocupa un espacio intermedio, "a caballo" entre el espacio intrapsíquico y el extrapsíquico parental.

Esta concepción de la "neo-formación" psíquica parental en el postparto, merece ser, a día de hoy, abiertamente revisada, a la luz de los datos teórico-clínicos sobre los procesos de parentalidad que operan durante embarazo.

En este sentido, **como hemos podido ver junto a L.Gourand**, el estudio del funcionamiento psíquico parental durante el diagnóstico antenatal, en general y, emblemáticamente, con ocasión de las ecografías, (Missonnier, 1998b 1999b) se ha revelado altamente convincente: esta efusión identificatoria, normal o patológica, no es una neo-formación del postparto.

En efecto, el seguimiento médico del embarazo hace entrar típicamente y experimentalmente en escena en prenatal, la existencia de esta irrupción psíquica de la identificación proyectiva de los "aprendices" de padres ante la confrontación con el feto actual y con su hijo virtual, reflejo de la historia individual, conyugal y generacional.

Es el momento para nosotros, profesionales de la infancia, de poner límites a nuestra concepción de la visión directa del niño en postnatal otorgándole el papel de inicio de una contención psíquica, "ciega" en prenatal. Tal como nos muestra el estudio de las reacciones frente a la "imaginería" ecográfica, los padres son confrontados, mucho o poco, durante el embarazo, a la presencia del niño virtual con su potencialidad objetal, candidato a la terceridad (Green, 1990) y a la identidad de género (Stoller, 1978). Esta confrontación marca una "ruptura" (Boyer et Porret, 1987, p. 326) en el recorrido fantasmático y narcisista parental prenatal ya que los confronta vivamente a la orquestación de la *proto-partición* de su "esquema de estar con" (Stern, 1994, p.18) el niño por nacer.

1.1.2 El segundo prerrequisito para abordar el campo de las CTA, es el de superar la concepción que entiende al feto como una extensión narcisista de la madre hasta el final del embarazo. Yo creo que esta concepción es el reflejo de la práctica de terapeutas que, de manera imprudente, han deducido una psicología del embarazo a partir de su experiencia clínica con mujeres embarazadas "sufrientes", en las cuales, justamente, la investidura claramente narcisista del hijo virtual obstaculiza la anticipación objetal. **Mi proposición de "relación de objeto virtual prenatal"(ROV), pretende explorar la contribución parental a este esbozo objetal durante el embarazo. Este es el tema de mi último libro *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel.* PUF, 2009)**

1.1.3 Y, finalmente, como último requisito para emprender una CTA, es necesario tener recogido claramente en el espíritu (o sería más oportuno decir "atornillado en el cuerpo") hasta qué punto la gran permeabilidad de las representaciones inconscientes y el relativo levantamiento de la represión y de la censura, no responden únicamente a una reactivación de la neurosis infantil (y de su revisión adolescente). La "transparencia psíquica" (Bydlowski, 1991) actualiza en los padres, antes y sobretodo en prenatal, una reviviscencia de los conflictos más arcaicos de la ROV que hace que entren en juego los avatares primitivos

- de la contención (y todas las formas de "angustias primitivas" pre y postnatales evocadas por Winnicott (1974)
- de la relación dentro/afuera,
- de la diferenciación yo/no yo,
- de la génesis interactiva perinatal de las primeras relaciones precoces y de la tonalidad estructurante del baño de afectos de las identificaciones proyectivas de los padres de antaño, ahora en proceso de convertirse en abuelos.

Esta vivacidad de los procesos primarios interpela el encuadre de las acciones terapéuticas emprendidas. Un encuadre que se refiere, justamente, "a la parte más primitiva de la personalidad" (Bleger, 1966) lo que nosotros intentamos reagrupar bajo

la fórmula genérica de ROV, la cual representa, desde nuestra óptica, el segmento perinatal y su inercia a lo largo de la vida.

A partir de estos tres postulados, creo yo que es razonable abordar la CT padres/hijo potencial.

1.2 La CTA : diversidad de los contextos.

Un terapeuta de formación psicoanalítica puede verse conducido a emprender una CTA dentro de una gran variedad de contextos privados y/o institucionales. Las CTA pueden responder a:

- una demanda espontánea del/los usuario/s o a una indicación de profesionales privados y/o de una institución.
- un motivo explícito somático, psíquico o "psicosomático".
- una situación concerniente a la madre y/o al feto y/o a la pareja y/o a la familia.

¿Se trata de una demanda parental espontánea de cita con el psicólogo (en mis estadísticas en la maternidad, éstas aumentan cada año), o bien de una intervención psicoterapéutica bajo indicación negociada entre uno o varios profesionales?.

Entre estas demandas, espontáneas o no, es posible hacer una clasificación de las CTA según su naturaleza psíquica o somática:

- un proceso de parentalidad psico(pato)lógico en ausencia de embarazo somáticamente patológico.
- un proceso de parentalidad psico(pato)lógico simultáneo a un embarazo somáticamente patológico.
- un acontecimiento objetivo somático (anomalía fetal, patología somática materna…) que afecta a una futura madre (padre) psicológicamente "normal".

Tal vez este reparto sería adecuado para una clasificación administrativa cerrada pero ciertamente no lo es para los clínicos que rechazan la apolillada escisión psique y soma, los que conocen bien la gran amplitud de variaciones de lo "normal" en el funcionamiento biopsíquico durante el embarazo y que acompañan en el impacto traumático de numerosos eventos trágicos objetivos en antenatal.

Finalmente, podemos, cómoda y pragmáticamente, diferenciar las CTA según un criterio de duración de la intervención psicoterapéutica. Joan Raphael-Leff (1993) describe tres grandes encuadres temporales en este contexto:

- la intervención puntual en respuesta a una crisis (de 1 a 6 sesiones)
- la terapia breve (de 3 a 10 sesiones)
- la terapia psicoanalítica cara a cara (más de 25 sesiones)

De esta gran diversidad y de sus contextos específicos, habrá que dar cuenta en trabajos definidos más sistemáticos.

En este encuadre general que constituye, pues, el límite de mi charla, ¿cuáles son los primeros interrogantes técnicos que surgen en la práctica de la CTA? Para dinamizar el debate voy a trasmitirles mi experiencia, asociándola a ciertos elementos de la literatura. Tras una tentativa de definición somera del encuadre general y de la variabilidad de los procesos en marcha, esbozaré algunos elementos de reflexión concernientes a la transferencia y a la contratransferencia.

2.- Mme F = terapia breve.

3.- Constantes del encuadre y variabilidad de los procesos.

El encuadre general de la CTA, es la propuesta y el mantenimiento de una "**contención**"(Bion, 1979 Y Anzieu 1993). Ésta se materializa por la puesta a disposición de los usuarios de un lugar espacio-temporal definido.

Toma cuerpo en la **atención** (Houzel, 1997) benevolente del terapeuta respecto a **la actualidad y a la historia** (lo actual y lo histórico) de los conflictos psíquicos intra e interpersonales de los padres "embarazados". Esta presencia empática del clínico, sinónimo de invitación al intercambio de afectos, tiene una doble función: de pararrayos y elaborativa.

La intersubjetividad verbal y no verbal, la enacción y la empatía metaforizante, son los principales medios del clínico para re-animar, acoger, dinamizar la narrativa de sus interlocutores. Esta interfaz narrativa es el hilo conductor de la CTA, pero no representa más que una parte de una reciprocidad plurimodal compleja.

Para **definir la CTA**, nos viene bien referirnos a la luminosa distinción de José Bleger (1966) entre las "**constantes**" que conforman el encuadre de la cura y el "**proceso**" variable que éste posibilita y acoge.

Aquí, la contención espacio-temporal, su doble función, pararrayos y elaborativa, representan las "constantes" del encuadre de la CTA.

Las variaciones infinitas de los contenidos sucesivos de los intercambios corresponden al "proceso" albergado por el encuadre.

La función alfa bioniana (Bion, 1979) es una buena metáfora teórica de la constante del encuadre. Ella resulta tanto más pertinente para la CTA en cuanto que permite abandonar un discurso "prêt à porter" aplicable a todas nuestras consultas terapéuticas para adentrarnos plenamente en el "hecho a medida" de la CTA. **En efecto, en Wilfred Ruprecht Bion, la función alfa materna se refiere, justamente, a la relación diádica madre-bebé más primitiva.**

Por su parte, Bleger (1966) insiste mucho sobre el hecho de que el encuadre se refiere, en la cura, a la parte más "indiferenciada" de nuestra historia arcaica. "El encuadre del paciente es la expresión de su fusión más primitiva con el cuerpo de la

madre". El encuadre es el receptor de la "simbiosis con la madre (inmutabilidad no-yo) que permite al niño desarrollar su *yo*".

Parta los padres "embarazados" que reviven con una intensidad inédita sus conflictos estructurales, el encuadre de la CTA es, en primer término, el receptáculo de esta reviviscencia.

Si tomo la expresión metafórica de pararrayos para calificar la función del clínico, es porque, justamente ella, da cuenta adecuadamente de la "violencia fundamental" (Bergeret, 1984) de esta proyección sobre el encuadre de la parte más primitiva de la personalidad. Esto es cierto, por supuesto, en CTA con padres en plena salud psíquica confrontados a un acontecimiento de vida prenatal potencialmente traumático (anomalía, muerte fetal; patología somática materna; duelos, acontecimientos trágicos…) Esto es cierto, *a fortiori,* con padres que presentan signos de sufrimiento en sus procesos de parentalidad.

La cristalización que puede operarse entre

- la reedición de los conflictos biopsíquicos más primitivos
- la apertura del marco a lo indifenciado (lo no plenamente humano, extrañeza inquietante)

singulariza decididamente la dinámica de la CTA y nos muestra su potencialidad mutativa. Todo aquello que podría conducir al clínico (y a la eventual institución a la que pertenezca) a una negación, una denegación, una banalización de la intensidad emocional y fantasmática potencial de esta sinergia, parasitará la *enacción* metaforizante del terapeuta y, *in fine*, limitará su virtualidad psicoterapéutica.

El encuadre de las CTA es, con frecuencia, institucional. Tomemos el caso de aquellas consultas que se proponen desde una maternidad pública.

Dos puntos, al menos, merecen ser evocados:

- la cuestión de la sintonía (*accordage*) entre institución y el clínico de la CTA.
- la cuestión del pago.

Obviamente, el marco del psicoterapeuta es, en el mejor de los casos, institucional (Missonnier, 1999d): la propuesta de "contención" de la CTA es una variante de la "metacontención" ofrecida por la institución maternidad. Este marco ideal es un objetivo hacia el cual tender, es una labor infinita que conocen bien los psicoterapeutas perinatales sensibles a la herencia de los defensores de la terapia institucional. El "mantenimiento de la contención" del encuadre que he evocado inicialmente, corresponde más sobre el terreno a una constante "salvaguarda" de la contención. Este término expresa bien cómo la convergencia de la metacontención institucional con aquella de la CTA no será mantenida más que a costa de una defensa vigilante de un encuadre jamás alcanzado, siempre amenazado por la destructividad individual (psicoterapeutas incluidos) y colectivos.

Esta metacontención institucional es también política y, en este caso, republicana. Y si el encuadre psicoanalítico es antes que nada, y sobretodo, "dos elementos formales de intercambio mutuo: el tiempo y el dinero" (Liberman, 1961, citado por Bleger,

1966), la ausencia de pago en la institución plantea claramente un problema. Por mi parte, con el objetivo explícito de movilizar una relación de reciprocidad sobre esos dos parámetros prínceps, informo explícitamente a los usuarios de la CTA en maternidad del hecho de que yo soy remunerado por el Hospital y que este dinero proviene de la redistribución del dinero de los impuestos y de la solidaridad local, nacional, a la cual, mucho o poco, ellos contribuyen.

4.- La CTA: ¿entre el relato de acontecimientos y la asociación libre psicoanalítica?

Aun si su teoría está en perpetua mutación, el clínico de obediencia psicoanalítica es, a priori, constante en su creencia en la "psicología del inconsciente" (Freud, 1901).

Apoyado sobre este base de fondo en el interior del encuadre en el que acoge a los usuarios de la CTA, va a interpretar diferentes "partituras" técnicas en las cuales la variable será justamente el grado en que se explicita este credo metapsicológico que está permanentemente implícito.

El espacio procesual de la CTA es, en efecto, esquemáticamente bipolar:

- **el sostén psicológico** centrado en la narración lineal del "aquí y ahora" de los acontecimientos, de los comportamientos y de las emociones, representa el primer polo.
- **La terapia psicoanalítica**, en la cual la huella del conflicto inconsciente se explicita a través de las asociaciones libres, constituye el polo opuesto.

Entre los dos, la CTA ofrece mil y una variaciones, verbales o no verbales, de la narratividad comportamental, afectiva y fantasmática de los actores presentes, que hacen de cada encuentro un recorrido específico.

En la primera dirección del sostén puntual, un intercambio emocional a través de una narración madurativa constituye lo esencial; el psicoterapeuta es un receptor "pararrayos", exterior al círculo familiar y de amigos, profesional e indisociable de la institución a la que pertenece y con la que se integra. Si el flujo narrativo requiere ser apoyado, el terapeuta funciona como un testigo dinámico y bienintencionado, no intrusivo, que apoya la construcción narrativa organizadora de las piezas del puzzle psicosocial. El individuo, la pareja y la familia son invitados a tomar en cuenta la "profundidad" del tiempo, pero sólo la narración de acontecimientos (*l'événementiel*) se mantiene como el hilo conductor. El tiempo es el del reloj y el del calendario. Esta cronología se cuenta y se anticipa tal y como la mediatización (pre)consciente la presenta. El terapeuta no deja entrever, más allá del tacto de su empatía, su percepción de una parte sumergida de la problemática, de una cara oculta inconsciente. No interpreta ni formula (o sólo con mucha prudencia) esbozos de interpretación. Ciertamente que la conflictividad inconsciente y sus respuestas defensivas- amplificadas durante este periodo- no son explícitamente trabajadas, pero su expresión, en filigrana, favorecerá claramente la descarga pulsional, lo que se corresponde, en el mejor de los

casos, con un relajamiento de los mecanismos defensivos en juego. El poder catártico de la entrevista reposa sobre la virtud de una escucha empática que reanima (o valida la reemergencia) de una intersubjetividad siniestrada por un desbordamiento traumático.

En la segunda dirección, la mediación sigue siendo la narración verbal y no verbal sobre el fondo de reciprocidad intersubjetiva plurimodal, pero el tríptico comportamiento/emoción/fantasma(fantasía) está más claramente movilizado, en particular, a partir de la invitación (verbalmente implícita o explícita) a la asociación libre y de la reivindicación (implícita o explícita) del clínico de su pertinencia como instrumento terapéutico. El clínico es, en esos casos, un psicoanalista pasando consulta en "cara a cara". Se respalda en la validación anterior de las condiciones requeridas en materia de narratividad verbal para legitimar la indicación de este tipo de encuadre interpretativo del que espera fecundidad. Las narraciones asociativas explícitas son abordadas a priori por el psicoanalista, como un itinerario en el cual las variaciones del grado de libertad son pistas enigmáticas dinámicas de obstáculos que serán desvelados y mostrarán su significado sólo cuando se dominen las hipótesis co-construidas acerca de una conflictividad inconsciente que escapaba a un primer abordaje. Aunque el tiempo convencional sigue siendo un elemento fundamental de la realidad psíquica, la referencia a la atemporalidad de los procesos del sistema inconsciente (Freud, 1901) es prevalente. La narración de los sueños es un material muy apreciado para ello. Una invasiva preocupación por la lógica de la narración se va imponiendo progresivamente, a modo de escudo defensivo.

Entre los polos del recitado de acontecimientos (temporalidad de hechos) y de la narración psicoanalítica (atemporalidad del inconsciente) se sitúan las variaciones de la narratividad de lo histórico, animado al menos, por la convicción compartida por todos los actores de la CTA de que el pasado ilumina la comprensión del presente. Al tomar conciencia de esta profundidad de lo histórico en el sujeto, la CTA puede bien desarrollarse superficialmente, manteniéndose centrada en los acontecimientos de la vida, en las relaciones de causa efecto directas o, bien, en el otro extremo, centrarse en la vida fantasmática, los sueños y la conflictividad inconsciente. En los dos casos, son ante todo (que no exclusivamente) las reviviscencias de la ROV las que habrá que abordar como "motor" de la libertad asociativa o, por el contrario, de sus dificultades.

En este marco bipolar, los participantes mismos de la CTA pueden evolucionar. Un buen número de primeras visitas se inscriben en el marco del acompañamiento psicológico para orientarse, progresivamente, hacia una terapia psicoanalítica. Técnicamente, hay una partitura apasionante que se interpreta entre uno de los padres, y/o la pareja y el clínico en esta evolución. En un sutil juego de intercambio de indicios, la alianza terapéutica navegará hacia tal o tal otra dirección en función de los avances y de las regresiones.

En esta navegación, la formulación de esbozos interpretativos a modo de prueba juega un rol prínceps. Son emitidos por el clínico durante los primeros encuentros, cuando, un contexto emocional suficientemente temperado, lo permite. Se trata de verbalizaciones del profesional con intenciones interpretativas, voluntariamente limitadas, desde la observación atenta de la receptividad del o de los interlocutores del

momento y del *après-coup*. Del análisis de la reactividad a estos esbozos interpretativos dependerá la "longitud de onda" propuesta y defendida por el clínico.

Dos variables, al menos, pueden aconsejar el mantenerse (en ocasiones sólo transitoriamente) en el hemisferio del apoyo psicológico: contextos peri o post-traumáticos, en los cuales el embarazo es pródigo; las situaciones en que los "globo-sonda interpretativos" aumentan una angustia arcaica paralizante, en las antípodas del dinamismo de la angustia señal en su función anticipatoria.

Observamos también, con frecuencia, variaciones importantes en la longitud de onda utilizada en el seno de una sucesión de CTA. Idas y venidas entre registros de apoyo psicológico y de terapia psicoanalítica pueden ocurrir. La amplitud y el tempo de estas variaciones se imponen, a mi entender, como uno de los mejores marcadores de la "*météo*" (previsión meteorológica) evolutiva de la transferencia y de la contratransferencia.

Raphael-Leff (1991) piensa que cuanto más la problemática materna está ligada profundamente a la "maternalidad", menos posibilidades hay de resolverla durante el embarazo y más oportuno será un seguimiento en el posparto. Esta interrogante sobre la duración pertinente de la terapia es, en efecto, indisociable de la discusión psico(pato)lógica, pero también, por supuesto, médico-social.

5.- La transferencia.

La característica mayor de la dinámica madurativa de la futura madre es la de ocuparse, simultáneamente, de sus propias modificaciones biopsíquicas y sociales, y de la relación con el feto, un verdadero niño virtual que está haciéndose.

La transferencia materna se puede abordar, por tanto, como una variable evolutiva (la *partition* materna de la ROV) hacia ese niño del adentro y como respuesta a su anidación.

Clásicamente, los psicoanalistas ortodoxos desaconsejaban iniciar un psicoanálisis durante el embarazo e interrumpían la cura si sobrevenía uno en el curso del trabajo, a causa de esta investidura juzgada erróneamente como exclusiva.

Mi experiencia con la CTA me lleva a pensar que, **por el contrario**, a excepción hecha (y que no debemos desestimar) de un trastorno psicopatológico grave de la intersubjetividad primaria, esta transferencia hacia el feto no es monopolística y deja sitio a una transferencia simultánea hacia el clínico. Aún diría más, es precisamente la apasionante dialéctica que va a instalarse entre la transferencia materna hacia el feto y hacia el terapeuta (más ampliamente hacia los "cuidadores"), lo que merecerá ser considerado como un proceso semiologicamente significante, ya que reactualiza la potencialidad creativa de la ROV a partir de la inquietante extrañeza de la fundación "indiferenciada" del sujeto *in utero*.

El encuadre de la CTA es un útero materno metafórico que envuelve a la futura madre (o padres). La naturaleza de la transferencia hacia el clínico será abordada como un punto variable y evolutivo situado entre los dos extremos, el de un útero continente,

con una placenta *compagnon** (acompañante-colega), protector y constructivo o el de un útero persecutorio y asesino.

El terapeuta será investido, como útero continente o deficiente, como una placenta eficiente metabolizando el material (evacuación de los desechos –elementos beta- y restitución de los elementos nutritivos, función alfa) o como una placenta avara guardando para sí los elementos buenos y deseando desalojar al intruso parásito.

Entre fusión y autonomía, la multiplicidad de las reviviscencias de los conflictos de separación/individuación más precoces vuelven a entrar en juego: la huella generacional de los conflictos de parentalidad es selectivamente reeditada en la formalización de esta transferencia en "estéreo", simultáneamente interna y externa. Es toda la complejidad de los conflictos continente/contenido de la filiación vertical y de la filiación horizontal los que vienen a actualizarse. En este movimiento, cuanto más le fallan a la futura madre los referentes identificatorios internos y externos para la metamorfosis del (re)devenir madre, más tenderá a investir la estabilidad del encuadre y más la transferencia (por defecto o por exceso) será masiva. El carácter "matricial" de esta transferencia explica la intensidad y el dinamismo psíquico, que no deja de evocarnos metafóricamente la espectacular vivacidad celular de la embriogénesis y sus avatares.

6. La contratransferencia

En una CTA, el terapeuta procura encontrar un justo equilibrio en un conflicto de lealtad inevitable entre

- servir a los intereses de la futura madre
- a los del futuro padre (presente o no físicamente)
- a los del feto, el niño virtual haciéndose niño que nacerá humano.

Aun sobre el fondo de una bisexualidad psíquica, el sexo del terapeuta juega, sin embargo, un importante papel en este contexto.

Una mujer que haya vivido ya la maternidad se identificará, a priori, más espontáneamente con la futura madre. Aunque esta "obviedad" puede resultar engañosa en la medida en que niega la bi-sexualidad psíquica y la ROV del terapeuta.

A la inversa, la envidia puede parasitar sensiblemente una terapeuta mujer con deseo de hijo pero que no ha vivido todavía la experiencia del embarazo o que tiene pendiente hacerle el duelo.

Igualmente ocurre en un terapeuta varón, sólo que la longevidad biológica alimenta en él una constante idealización.

---

* Las tesis en curso en el LPCP Paris 5 de Brune de Bérail sobre el "amigo (compagnon) imaginario" y de Anaïs Machali sobre las "representaciones de la placenta" abren a este respecto prometedoras perspectivas.

El "complejo de embarazo" (Freud, 1909) del terapeuta varón está muy activo en las CTA.

Sobre esto, la depresividad/depresión del ex – pequeño Hans al convertirse en padre concierne de forma eminente al psicoanalista espeleólogo en perinatalidad. Esto debe incitar a un autoanálisis constante en tanto la envidia puede seguir viva y el núcleo depresógeno del duelo por el embarazo seguir activo.

En un registro edípico, un terapeuta puede estar en rivalidad con el cónyuge.

A solas con la mujer embarazada, él podrá experimentar también una rivalidad hacia el feto, embajador del padre "escuchando" la consulta y rompiendo la intimidad diádica propicia para una seducción sexual mutua.

Como ocurre en psiquiatría infantil, una identificación masiva del terapeuta (hombre o mujer) solamente con el niño "maltratado" (aquí un feto maltratado) puede, por ejemplo, amenazar la empatía con el padre o la madre.

Raphael-Leff (1991 y 1993) señala, también justamente, que el o la terapeuta se sitúa en la CTA en una posición posiblemente voyerista de la sexualidad de la pareja. Una búsqueda desesperada de los orígenes, una fascinación (paralizante) por la escena primitiva, puede efectivamente obstaculizar la *énaction* metaforizante del terapeuta o, por el contrario, favorecer una versión demasiado "histérizada".

Frente a la repetición inherente a la CTA de la neotenia bio-psíquica del humano vulnerable y dependiente de su medio ambiente uterino, el clínico puede verse también tentado a ejercer un dominio y una usurpación de rol como un padre(abuelo) directivo.

Ciertamente, la geometría variable en el apoyo del clínico debe responder a las variaciones de la transferencia, pero también a la vez debe procurar privilegiar la confianza de los padres en su propia capacidad de ser "autor-compositor" de la anidación prenatal. Algunos "aprendices" de padres, siniestrados por una historia generacional catastrófica, pueden inducirnos con fuerza a que realicemos esta colonización, que una guerra de independencia posterior no dejará de denunciar.

De fondo, la intensidad de la transferencia parental en la CTA induce caricaturescamente en el clínico una fuerte reactivación de sus propios conflictos, poniendo a prueba, una vez más y como siempre, su grado de maduración. ¡Los amateurs de la CTA manifiestan una especial atracción hacia esta potencialidad fecunda de la viveza de lo originario!!.

Todo el tema de la actualización de esta virtualidad en el psicoanalista, presupone el apaciguamiento de su propia fascinación cegadora por la clínica de los orígenes que podría, en el peor de los casos, señalar la conmemoración insistente de una posible repetición "traumatófila". Para integrar vértigos y promesas los psicoanalistas aún necesitan iniciáticos divanes hospitalarios con reminiscencias de la ROV!

III Conclusión

Deseo haber esbozado los elementos de reflexión sobre la CTA (consulta terapéutica antenatal) respecto a la tradición de la CTP (consulta terapéutica postnatal padres/bebé).

Resumamos lo esencial.

Como en la CTP, el clínico de la CTA es metafóricamente un espejo parental continente, en el cual el niño en el adulto que se está convirtiendo en madre-padre, viene a mirarse mirando. En ambos encuadres, el terapeuta es fiel a su brújula psicoanalítica pero se adapta a los funcionamientos psíquicos parentales singulares y evolutivos para responder sin dogmatismo a la gran diversidad de contextos.

Pero, **al contrario que en la CTP**, en la que el bebé está presente en brazos de los padres con sus propias "protorepresentaciones" inmersas en una espiral interactiva comportamental, afectiva y fantasmática, el feto existe en la CTA como un niño virtual que se simula, se anticipa, en su alteridad y su tensión hacia la alteridad.

Esto no significa, en absoluto, que el niño de dentro no sea "real". Por una parte, es tan completamente real en sus sucesivas actualizaciones como lo es su propia anidación psicosomática animada por su orientación (proto)intersubjetiva hacia el otro "virtual" (Bräten, 1991, 1992, 1998). Por otra parte, es tan completamente real en sus sucesivas actualizaciones como el "*tricotage*" parental de los futuros padres es investido psico(pato)lógicamente en su trabajo de anidación prenatal (en el cual las temáticas del apego prenatal, de la "*rêverie*" parental, de las identificaciones proyectivas, de las condiciones materiales...son otras tantas piezas del complejo puzzle). La noción de ROV, poniendo de manifiesto la reciprocidad de este espacio de encuentro perinatal entre los futuros padres y el futuro humano, se centra sobre las raíces profundas de la intersubjetividad primaria.

Y, precisamente, a este respecto, la CTA ofrece un encuadre sinónimo de "la fusión más primitiva con el cuerpo de la madre" (Bleger, 1966) de forma aún más radical que en la CTP. Si Bleger ha utilizado esta metáfora para definir "lo indiferenciado" inherente al encuadre de la cura psicoanalítica, se trata aquí de sopesar adecuadamente la trivialidad no metafórica de esta declaración.

Es justo en este contexto específico que la reflexión de Lebovici sobre la *enaction* en las CTP nos representa un precioso legado. Señalando el arraigamiento intercorporal de esta forma de empatía (en resonancia con eso que hemos señalado anteriormente bajo el título de empatía primaria en general y de contagio emocional en particular), ello da al terapeuta de la CTA la dirección corporal adecuada a seguir en el registro metafórico pertinente en dirección a los padres "embarazados" y al feto. No obstante, el desafío del pasaje de la CTP a la CTA, es el de ser abordada pensando no solamente en términos de intercoporalidad sino, antes que nada y sobre todo, pensando en una dialéctica continente/contenido desde la cual la actualidad es indisociable de sus reminiscencias.

De hecho el encuadre y los movimientos transfero-contratransferenciales de la CTA están decididamente anclados en esta dialéctica de muñecas rusas que precede la pregenitalidad "aérea" (*aérienne*) tal y como la hemos concebido clásicamente. Una vez más, la ROV correspondiente es una "relación de objeto uterina" respecto del "niño virtual de adentro". Las temáticas presentes en las CTA ilustran bien, en (*plein*) lleno-presencia-exceso en el caso de la futura madre, en (*creux*) hueco-ausencia-defecto en el caso del futuro padre, esta sobredeterminación del funcionamiento psíquico por la experiencia física del embarazo y el desarrollo fetal (Raphael-Leffe, 1991).

Las líneas de desarrollo del feto son muy intrincadas con la progresiva maduración del este ROV. Entre las bipolaridades de la fusión/indiferenciación, del bebé de adentro llevado en el útero y del bebé de afuera llevado en brazos, toda la gama evolutiva de la anticipación parental se despliega. Estos son principalmente los avatares de estas líneas de desarrollo de la parentalidad prenatal que serán atendidas y elaboradas en la CTA. Más en particular, la rigidez de la anticipación disarmónica presente (idealizante, depresiógena, obsesiva, invasiva, persecutoria, delirante...) es lo que las CTA procurarán suavizar en provecho de una anticipación adaptativa temperada, en la cual la libertad asociativa y el duelo (no patológico) de influencia "previsionista" se imponen como marcadores pertinentes.

En el fondo, las CTA ofrecen a los aprendices de padres un espacio donde se les propone, como en todo encuadre psicoanalítico, elaborar la inercia de sus conflictos edípicos y pregenitales.

Pero la mayor especificidad de la CTA, es la de brindar una hospitalidad privilegiada para el encuentro de la ROV en tiempo real del feto y, en los padres, para las reminiscencias activas de sus ROV de ex-fetos/bebés.

En estos últimos, son las identificaciones proyectivas sufrientes respecto al niño virtual lo que constituye el material de trabajo electivo.

Recordemos respecto a esto, que una semiología psicoanalítica de estas identificaciones "patológicas" debe tener bien en cuenta la "violencia fusional" "normal" de las identificaciones proyectivas parentales prenatales.

Esta violenta inflación "normal", el psicoanalista debe recordarla bien frente a los padres "embarazados", pero también, en la escucha de analizandos que asocian sobre las reminiscencias de sus ROV. Como ejemplo emblemático, lo que J.M. McDougall (1989) ha descrito tan bien con estas fantasías: "un cuerpo para dos, un sexo para dos, una psique para dos, incluso una vida para dos"

Es en esto que la CTA puede aportar su piedra al edificio de la cura tipo, del cara a cara psicoanalítico, de las consultas familiares y de grupos terapéuticos.

Traducción: Amparo Beato Molina

Derniers ouvrages parus

Les deux références surlignées en jaune sont en rapport direct avec cette communication.

1) Soulé, M ., Gourand, L., Missonnier, S., Soubieux, M.J. (1999). *Ecoute voir... L'échographie de la grossesse, les enjeux de la relation*. Toulouse : Érès.
2) Missonnier, S. (2003). *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse : Érès.

- **Livre traduit en italien (2005)** : *La consultazione terapeutica périnatale.* Milano : Raffaello Cortina Editore.

3) Missonnier, S., Lisandre, H. (2003). *Le virtuel : la présence de l'absence*. Paris : Éditions EDK.
4) Missonnier, S., Golse, B., Soulé, M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Paris : PUF.
5) Golse B., Missonnier S. (2005), *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité.* Toulouse : Érès.
6) Tisseron, S., Missonnier, S., Stora, M., (2006). *L'enfant au risque du virtuel*, Paris : Dunod.

- **Livre traduit en italien (2009)** : *il Bambino, il rischio del virtuale.* Roma : Borla Editore.

7) Ciccone, A., Korff-Sausse, S., Missonnier S., Scelles, R., (2007). *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches.* Toulouse : Érès.
8) Ciccone, A., Korff-Sausse, S., Missonnier S., Scelles, R., (2008). *Cliniques du handicap : questions éthiques.* Toulouse : Érès.
9) Delion P., Missonnier S., Presme N.,(2008). *Handicap et périnatalité. Etat des lieux.* Toulouse : Éres.
10) Presme N., Delion P., Missonnier S., (2009). *Les professionnels de la périnatalité accueillent le handicap*. Toulouse : Éres
11) **Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel.* Paris : PUF.**
12) Ciccone, A., Korff-Sausse, S., Missonnier S., Scelles, R., (2009). *La vie psychique des personnes handicapées. Ce qu'elles ont à dire, ce que nous avons à entendre.* Toulouse : Érès.