

PSICOPATOLOGÍA EN LA PERINATALIDAD*

Por Bernard Golse**

Es para mí un gran placer participar en este segundo congreso de la AEPEA cuyo papel me parece cada vez más esencial en este momento de la historia del movimiento de ideas en el seno de disciplinas que abordan el desarrollo, el crecimiento y la maduración del niño.

Agradezco al comité organizador el haberme invitado a tomar la palabra hoy y darme así una nueva ocasión de trabajo en común con Daniel Stern.

Guardo en efecto el mejor recuerdo de todos los intercambios que he podido tener con él en el curso de los últimos años y que han sido siempre para mí muy importantes y estimulantes.

Lo que admiro infinitamente de Daniel Stern, es su pensamiento siempre en movimiento, su creatividad conceptual, su

* Texto de Presentación realizada en la II Mesa Redonda "Psicopatología de la perinatalidad" en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998

Traducción realizada por Fernando González Serrano. Psiquiatra.

** Paidopsiquiatra Psicoanalista. Jefe del Servicio de Pedopsiquiatría del Hospital Saint-Vincent de Paul (París). Profesor de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Universidad René Descartes (París V).

extrema atención a los hechos clínicos y, en cierta medida, siento mis propias posiciones como complementarias de las suyas más que opuestas o antinómicas.

Después de haber leído el resumen que D. Stern nos ha hecho llegar para explicarnos los principales propósitos que perseguía hoy, he decidido modificar profundamente lo que tenía intención de decir.

Queda claro que no voy a renunciar a hablar de aquello en lo que yo creo profundamente, sino, simplemente voy a plantearlo de manera distinta a la que había previsto.

Después de tratar de mostrar como la transdisciplinariedad –que es una condición “sine qua non” de la psiquiatría perinatal– presenta al mismo tiempo ciertos riesgos para la dimensión psicopatológica, trataría de mantener la idea de que los desarrollos de la psiquiatría perinatal no nos imponen en realidad ninguna renuncia en relación a nuestras señas metapsicológicas clásicas, bien al contrario, incluso éstas –fecundas para el bebé, si me arriesgo a expresarme así– nos son absolutamente necesarias para comprender en profundidad los trastornos de la perinatalidad y para poder intervenir de manera eficaz.

Para concluir hablaré de una psicopatología perinatal que pudiera considerar todos los trastornos en su campo como verdaderas enfermedades de las interacciones.

1. PSIQUIATRÍA PERINATAL, TRANSDISCIPLINARIEDAD Y PSICOPATOLOGÍA

1. Desde un cierto punto de vista, la **aparición del concepto de “Psiquiatría Perinatal”** representa, en Francia al menos –históricamente hablando– el segundo momento importante en la historia de la colaboración entre cuidadores del cuerpo y cuidadores de la “psique”.

- El primer tiempo de esta historia ha correspondido a las investigaciones y al trabajo de autores como M. Soulé, L. Kreisler y M. Fain en el campo de la patología psicosomática precoz, en el curso de los años 1950-1970.

Los pediatras estaban ya suficientemente liberados de los principales problemas técnicos y médicos para comenzar a mostrarse disponibles cara a una reflexión sobre el papel del psiquismo en el determinismo de un cierto número de trastornos.

Es conocida toda la riqueza de reflexiones que se han desarrollado desde entonces hasta la actualidad.

- El período siguiente corresponde, según mi parecer, al auge considerable de la psiquiatría del bebé bajo la dirección, en particular para nosotros, de S. Lebovici y de otros autores prestigiosos entre los cuales están evidentemente B. Cramer y D. Stern, los dos aquí presentes.

Pero es la Psiquiatría Perinatal la que ha permitido verdaderamente una reactivación de la colaboración entre profesionales del cuerpo y profesionales de la “psique” en la medida en que, como es sabido, cuanto más joven es el niño, más estrecha es la intrincación entre cuerpo y psiquismo.

Junto al hecho de la innegable unidad diádica o triádica, se comprende modo la necesidad de la intervención, tan coordinada como sea posible, de toda una serie de profesionales: pediatras y neonatólogos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas de niños, pero también psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas de adultos, ginecólogos-obstetras, endocrinólogos y biólogos, comadronas, puericultoras, educadores de guardería e infantil y trabajadores sociales diversos.

2. Lo que es impresionante de constatar para nosotros, psiquiatras y psicoanalistas de niños, es la facilidad con la que cierto número de **conceptos que utilizamos** desde hace mucho tiempo, pero que habíamos transmitido mal a nuestros colegas somatólogos, de repente, con ocasión de este trabajo en común en el campo del embarazo y el alumbramiento, han podido tomar sentido para ellos y ser compartidos entre ellos y nosotros.

Había sin duda mucho que interrogarse sobre dicho fenómeno que traduce quizás, en parte, uno de los aspectos del poder del niño muy pequeño o por nacer.

De cualquier modo, por nuestra parte, sólo podemos congratularnos de esta situación, siendo conscientes, sin embargo, del hecho de que no se puede caer, en torno al bebé, en las trampas de la ilusión grupal, y de que hemos de saber resistir a los cantos de sirena de una tentación preambivalente utópica.

3. Esta colaboración evidentemente deseable, no está exenta de **riesgos cara a la aproximación psicopatológica**, por varias razones.

- La primera razón tiene su origen en el hecho de que hay un posible riesgo, en cuanto se encuentra mucha gente alrededor de la cuna, de conflictos que yo llamaría conflictos de apropiación.

Independientemente de las posiciones personales cuya importancia es a menudo capital, ciertos profesionales que intervienen se identifican, por su lugar profesional, más bien a la madre (o a los padres) mientras que otros se identifican al bebé. Lo más difícil es, naturalmente, identificarse verdaderamente con los vínculos padre(s)-bebé.

De aquí la posibilidad de conflictos identificatorios a veces muy violentos, siendo entonces el rol de síntesis el clarificar estos diferentes procesos cuya eluci-

dación condiciona la posibilidad de una intervención calmada y coordinada.

- La segunda razón concierne al difícil lugar de los pediatras en el campo de la Psiquiatría Perinatal, lugar difícil sobre el cual insiste a menudo M. Soulé.

Las motivaciones profesionales de éstos, aunque sean diversas, reposan bastante a menudo (al igual que la de muchos cuidadores) sobre el deseo inconsciente de evitar la depresión maternal en tanto que origen de un cierto número de dificultades del niño y sobre el de poder remediar éste en el estricto plano de sus expresiones somáticas.

En estas condiciones, el acento puesto en la actualidad sobre la importancia de las depresiones maternales en el determinismo etiopatogénico de un conjunto de dificultades del desarrollo del niño les confronta masivamente al problema mismo del que tratan de escapar por el atajo de su elección profesional.

Es pues crucial ocuparse de que las reflexiones en materia de Psiquiatría Perinatal no sea una ocasión de cuestionar el narcisismo de los pediatras cuya cooperación es un elemento esencial de la eficacia en este terreno.

- Tercera razón al fin, la diversidad de formaciones y puntos de vista de las diferentes personas que intervienen en el campo de la Psiquiatría Perinatal.

Si ésta representa en efecto una condición necesaria de la transdisciplinariedad deseable que acabo de evocar, no por ello dejar de ser delicado establecer de manera auténtica, este trabajo en varios frentes, difícil de instaurar y mantener.

Es preciso en efecto mucha cercanía profesional, estima y respeto narcisista recíproco entre las diferentes personas que intervienen para que su colaboración

pueda verdaderamente materializar de algún modo el concepto freudiano de “serie complementaria”, el cual juega un papel de precursor de nuestros modelos plurifactoriales que nos son tan útiles en materia de etiopatogenia. En el terreno de la perinatalidad es importante ocuparse por ejemplo de que la extrema atención otorgada actualmente a la cuestión de las depresiones maternas no nos hagan subrepticamente volver –por no decir retroceder– a un modelo lineal de la psicopatología.

Todos los bebés de madre deprimida no están forzosamente perturbados y, a la inversa, está claro que un bebé deprimido se muestra extremadamente deprimente para los adultos que se ocupan de él.

Es más para que una psicopatología materna se confirme como nociva para el desarrollo del niño, se necesita que las capacidades de compensación de éste hayan sido desbordadas y que además fallen todas las terceras personas que habrían podido o debido proteger al niño del impacto negativo de los trastornos maternos.

Dicho de otro modo, y éste es un aspecto de nuestra indispensable visión plurifactorial de las cosas, un bebé y su madre no están jamás solos en el mundo.

Ya en su tiempo, M. Mead decía que en todas las etnias, en todas las culturas, en todos los sistemas sociales y grupales, hay siempre algún lugar “otra mujer”, es decir un polo no-madre que prefigura a su manera las triangulaciones venideras.

Añado aún, que nuestra aproximación transdisciplinaria y multifactorial es tanto más esencial dado que si existiese una relación causa efecto directa entre los trastornos maternos y las dificultades del niño –lo que no es el caso– ocuparse del bebé teniendo dicho modelo en la cabeza no podría ser sino perjudicial.

H. Searles ha mostrado bien que tal modelo no puede en realidad más que reforzar la depresión del bebé por no haber sabido hacer de su madre, una madre suficientemente buena o de sus padres, padres suficientemente buenos. Desconfiemos pues de tales simplificaciones que no son solamente reductoras sino también lamentables y que no pueden más que poner en peligro nuestra alianza con los padres.

2. ALGUNOS SIGNOS PSICOPATOLÓGICOS FUNDAMENTALES EN EL CAMPO DE LA PERINATALIDAD

Hace algunas semanas, D. Stern, F. Palacio-Espasa y yo participamos en Pisa en un coloquio organizado por el equipo del profesor P. Pfanner. D. Stern planteaba acertadamente la cuestión de las suposiciones de base realmente necesarias para la comprensión del desarrollo precoz y, a propósito de la articulación entre psicología experimental y el punto de vista psicoanalítico, decía en resumen:

“El psicoanálisis, sí, ¿pero... qué psicoanálisis?”. Según él –y si no me ajusto a su pensamiento él me lo corregirá sin duda– ciertos aspectos del psicoanálisis son esenciales y yo comparto esta visión con él:

1. El punto de vista psicoanalítico como modelo de aproximación de la relación con los objetos en la medida en que el paisaje representacional, el mundo interno del niño se basa sobre la edificación de representaciones de la relación del niño con sus objetos circundantes.
2. La articulación del fin sobre los pensamientos en función del juego del deseo.
3. El concepto de conflicto finalmente pero también de déficits psicodinámicos diversos.

Por el contrario, apuntaba algunos aspectos psicoanalíticos que, según él, no ayudaban en cuanto al estudio del desarrollo precoz, a saber:

1. Las nociones de estadios psicosexuales y su fijación más útiles en su opinión para la construcción o la reconstrucción interpretativa que para establecer un modelo del nacimiento del psiquismo.
2. El concepto de energía psíquica que le parece más descriptivo que realmente explicativo.
3. El pensamiento, al fin, como aplazamiento de la acción en la medida en que, en el bebé, pensamiento y acto aparecen como indisociables de hecho.

D. Stern nos invita por otro lado a reflexionar sobre el concepto de conocimiento pre-verbal o “implícito” poniendo en duda la utilidad de la hipótesis de una indiferenciación inicial entre la madre y el bebé en la medida en que éste parece de entrada que funciona como un organismo individualizado y disponiendo de tres sistemas inmediatamente operacionales, a saber, la percepción, la memoria y la actividad de representación.

Personalmente pienso que se pueden discutir las reservas de D. Stern en cuanto a la validez de ciertos descubrimientos psicoanalíticos clásicos y a su pertinencia en el estudio de la instauración del aparato psíquico del niño, si uno se toma el cuidado de considerar que la Psiquiatría Perinatal invita sobre todo a reconsiderar el punto de vista tópico mucho más que los puntos de vista económico o dinámico.

Dicho de otro modo, por mi parte, sigo defendiendo el interés de una psicopatología psicoanalítica en el campo de la perinatalidad mediante un cierto número de modificaciones de las que voy a intentar dar algunos ejemplos.

3. INTERÉS DE UNA PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA EN EL CAMPO DE LA PERINATALIDAD

Teoría del apego:

En primer lugar me parece que se puede considerar la cuestión del apego como un paradigma que permite unir la teoría de las pulsiones y la teoría de la relaciones de objeto.

- No se trata de ser conciliador a cualquier precio sino sencillamente honesto. Bajo mi punto de vista no creo que la teoría del apego nos obligue a revisiones tan profundas de la metapsicología como se ha podido decir.

Esto ya lo he intentado mostrar varias veces y no voy a volver hoy, salvo para volver a decir que el apego –en tanto que necesidad primaria del niño– puede muy bien verse libidinizado como el resto de necesidades y esto sería coherente con la teoría freudiana del apuntalamiento (o apoyo).

Por otro lado, “los modelos internos operantes” (J. Bowlby, I Bretherton) me parece que pueden acercarse completamente al estatuto de representaciones mentales y, como tales, ser concebidos como mezcla de aspectos cognitivos y afectivos.

- Una vez aquí, añadiría que me parece una falacia querer oponer radicalmente la teoría del apego, en tanto que ligada exclusivamente a la presencia del objeto, al psicoanálisis que no sería más que pura metapsicología de la ausencia y del tercero excluido. Como se sabe, presencia y ausencia del objeto están inextricablemente ligados, como lo están la convexidad y la concavidad de una misma curva y más aún, la construcción misma de los modelos de apego por el bebé se basa sobre la puesta en marcha de lo que D. Stern llama representaciones de interacciones generalizadas en el seno de las cuales la ausencia, la diferencia y la separación ocupan un lugar central.

El niño, en efecto, extrae de sus diversas experiencias interactivas una suerte de media, de resultante ficticia, jamás cumplida como tal, pero sin embargo profundamente inscrita en su psiquismo como una suerte de abstracción del estilo interactivo de sus compañeros relacionales principales, si entendemos bajo el término de abstracción una actividad de extracción de constantes.

Después de cada encuentro interactivo efectivo en su realidad externa, el niño, mide de alguna manera la distancia existente entre lo que él vive en ese instante y la representación dinámica y prototípica que se ha construido del adulto, distancia que le informa acerca del estado emocional de éste, (según las modalidades de concordancia afectiva o de armonización de afectos) y que remite de hecho a la cuestión del tercero, es decir “al otro del objeto” (A. Green).

El concepto de “censura del amante” (M. Fain y D. Braunschweig) ilustra bien como la madre presente contiene al padre en su pensamiento como un tercero que modula, en un cierto sentido, su estilo interactivo.

Se encuentra pues la ausencia en la teoría del apego lo mismo que, evidentemente, hay un lugar para la presencia dentro de la teoría metapsicológica freudiana.

- Sostendría así mismo la idea de que la teoría del apego nos permite ligar teoría de las pulsiones y teoría de las relaciones de objeto.
 - a) Clásicamente, en efecto, entre estas dos teorías, la distancia es al mismo tiempo minúscula y crucial. Minúscula, ya que como es sabido las pulsiones son las “grandes buscadoras de objetos” (S. Freud) y porque no existe objeto que pueda inscribirse en el psiquismo sin una doble investidura pulsional (de amor y de odio). Pero crucial también, ya que la teoría de las pulsiones delimita en cierto modo un “más-acá” del objeto, mien-

tras que la teoría de las relaciones objetales desplaza por el contrario la mirada hacia el objeto.

- b) Un autor como Ch. Bollas (al cual D. Stern se refiere bastante a menudo) ha intentado, me parece, resolver esta divergencia con un tema que reaparece constantemente a lo largo de su obra: Esta pulsión sin objeto es un mito, el objeto sin pulsión es un señuelo y el verdadero Self toma sus raíces, muy claramente en el punto de encuentro entre ambos. La aproximación es pues atractiva pero sobre todo pragmática: es la manera como el sujeto utiliza a sus objetos sobre la que edifica y despliega su Self (verdadero o falso, según los casos).
- c) Se ve bien cómo los procesos de apego pueden funcionar a modo de puente tendido entre el más-acá del objeto y el objeto mismo. El apego no puede ser comprendido, desde mi punto de vista, más que como un extraordinario impulso hacia el objeto que une en un mismo proceso el movimiento mismo y el objeto al cual se dirige dicho movimiento. No hay pues apego sin figura de apego (principal o secundaria), la cual se define precisamente por la dinámica profunda que impulsa intensamente al niño hacia aquella.
- Para terminar estas consideraciones sobre la teoría del apego, me parece que concebido así, puede entonces ser utilizado en el campo de la Psiquiatría Perinatal sin riesgo de desexualización.

En efecto, cada vez que la balanza se inclina del lado de la teoría de las relaciones de objeto, la cuestión de la sexualidad infantil, en el sentido freudiano del término, se ve de alguna manera marginada. Esta desexualización tiende a hacerse equivalente a una evacuación pura y simple del principio de placer/displacer y es por eso que

la búsqueda del objeto prima sobre la cuestión del origen pulsional de los procesos en juego.

Es decir, si el apego enlaza teoría de las pulsiones y teoría de las relaciones de objeto, entonces el apego no excluye el placer que por el contrario, lo condiciona tanto como el displacer puede venir a dificultarlo, y teniendo en cuenta la sexualidad infantil, la teoría de las pulsiones y la teoría del apoyo (apuntalamiento), toda la asimetría entre la sexualidad del adulto y la del bebé puede entonces ser tomada en cuenta (en la perspectiva por ejemplo de los trabajos de J. Laplanche sobre “teoría de la seducción generalizada”).

“A posteriori” (Après-coup) y Psiquiatría Perinatal

1. Las investigaciones sobre el apego (¡continuamos con él!) dejan innegablemente un lugar al “a posteriori” dado que, por ejemplo, P. Fonagy (en el Centro Anna Freud de Londres) ha mostrado que hay correlaciones muy estrechas (cerca del 80%), entre el tipo de respuestas de la madre en la Entrevista de Apego Adulto (Adult Attachment Interview-A.A.I.) y la naturaleza de los esquemas de apego del bebé evaluados en la situación ante el Extraño (Strange Situation).

Más claramente, una madre que, con razón o sin ella, se hace una idea retrospectiva segura o insegura de sus propios vínculos de apego va a inducir, en cerca del 80% de los casos, en su hijo esquemas de apego respectivamente seguros o inseguros.

Luego, la A.A.I. permite el acceso a las representaciones actuales que el adulto se forja de sus procesos de apego precoces y estas representaciones se hallan evidentemente reorganizadas y reconstruidas por toda una serie de distorsiones y represiones intermediarias.

Todo ocurre pues, como si el nacimiento y la presencia interactiva del bebé reactivase por un efecto de “a posteriori” las experiencias pasadas de la historia infantil precoz de la madre que, en el campo del apego, van a infiltrar la naturaleza cualitativa del sistema relacional que la madre va a proponer a su hijo.

2. Por falta de tiempo, sólo voy a citar el formidable artículo de R. Diatkine sobre “El psicoanalista y el niño antes del “a posteriori” o el vértigo de los orígenes”, en el cual el primer tiempo del traumatismo está profundamente relacionado con un fallo de la capacidad de “rêverie”(ensoñación) maternal que resta posibilidades al niño para el encuentro con ciertos acontecimientos ulteriores, que aun siendo –inéditos– juegan sin embargo como segundo tiempo del traumatismo.

3. Más recientemente, Cl. Geissmann ha tratado por su parte de integrar la pareja freudiana “a priori / a posteriori” (avant-coup / apres-coup) y la oscilación kleiniana entre posición esquizoparanoide y posición depresiva.

Como ella misma dice, este paralelismo puede ser desconcertante puesto que son conceptos que se sitúan en discursos diferentes pero dicha tentativa aparece sin embargo como fecunda a un nivel del análisis del “trabajo psíquico que une cada una de esas dos parejas”.

4. Finalmente, si evocamos los trabajos actuales sobre la triada, la tridificación y la triangulación (M. Lamour, E. Fivaz-Depeursinge), se pueden también identificar los efectos del “a posteriori” (après-coup) ya que, de algún modo, el paso de la tridificación comportamental a la triangulación intrapsíquica corresponde en el fondo a la inyección en el funcionamiento intersubjetivo de diferentes dimensiones de la transmisión transgeneracional, de la sexualidad y de la conflictividad (especialmente la ligada a la neurosis infantil de los dos padres).

Es por lo ello, a mi entender, que la noción de “a posteriori” puede y debe ser conservada en el campo de la Psiquiatría Perinatal aunque probablemente replanteada, sea diferida sobre varias generaciones precedentes), sea incluyéndola en el seno mismo del sistema interactivo en el que la repetición de diferentes guiones o escenarios interactivos no puede hacerse sin reorganizaciones o modificaciones por lo menos mínimas de los modos de proceder.

Pienso que las reflexiones más recientes de D. Stern a propósito del “a posteriori” van igualmente en este sentido, insistiendo sobre la dotación de sentido que tiene lugar para el bebé en el momento de sus diversas experiencias interactivas.

Otras nociones que pertenecen al campo de la Psiquiatría perinatal

Habría aún algunas nociones de la metapsicología psicoanalítica que igualmente podrían considerarse para mostrar su pertinencia en el campo de la Psiquiatría Perinatal. Para no demorarme más, seré ahora mucho más breve evocando sólo tres puntos:

- La importancia de tener en cuenta la **reciprocidad y la intensidad del sistema proyectivo en el que se encuentran inmersos los padres y el bebé**. Sin retomar aquí toda la teoría de W.R. Bion que es tan útil tanto en el plano clínico y terapéutico –por el modelo que nos ofrece de interrelaciones cerradas entre el funcionamiento psíquico de la madre y del bebé– también se conocen todos los trabajos de B. Cramer y F. Palacio-Espasa sobre la cuestión de las proyecciones parentales y sus diversos tipos estructurales.

Apoyado en esta hipótesis de una relativa indiferenciación tópica inicial entre el adulto y el niño, se podría citar el concepto de “unidad originaria” de N. Abello y M. Pérez-Sánchez, el de “expansión diádica de la cons-

ciencia” de E. Z. Tronick o incluso del de “espacio triangular” o “tercer dominio” de H. Segal.

Este último concepto, definiendo un lugar común receptáculo de los malos objetos proyectados por la madre y por el bebé, proporciona un modelo de triangulación precoz pregenital que prefigura de algún modo la estructura edipiana posterior.

Todas estas teorizaciones plantean la cuestión de la validez o no del concepto de una neotópica diádica o triádica, y esto en referencia o no a la indiferenciación intersubjetiva evocada anteriormente.

El paradigma del “juego triádico” desarrollado en Lausanne por E. Fivaz-Depeursinge y Col. me parece que abre actualmente un nuevo modo de reflexión muy fecundo en este campo mostrando la dialéctica existente entre, por un lado, el hecho de ser un conjunto de tres y por otro, la posibilidad para el niño de tomar conciencia de la singularidad de sus dos compañeros relacionales así como de la realidad de su existencia personal como individuo separado.

- Desde una perspectiva psicopatológica los trabajos sobre la **“transparencia psíquica”** (M. Bydlowski) lo mismo que los que abordan los procesos de **la transmisión transgeneracional** (cuyo interés no hay ya que demostrar) me parece que vienen a **validar de algún modo la teoría del “a posteriori” en el campo de la perinatalidad.**

Pero hay más. Estos trabajos apuntan asimismo con fuerza al impacto de la necesaria asimetría entre las organizaciones psíquicas del niño y de los adultos que se ocupan de él. Aunque el bebé funcione en un registro preedípico (¿quién podría discutirlo?), ello no evita que tenga que ver con adultos que funcionan a su vez (¡al menos a veces!) en un registro edípico, tanto en el

campo de una sexualidad como de una conflictualidad triangulares.

Así es felizmente y ello tiene su importancia. Es en todo caso lo que permite que, para una madre y para su bebé, el padre y la abuela no sean en absoluto terceros intercambiables o comparables...

- Me parece finalmente que insistir demasiado sobre el aspecto dimensional (o sintomático) de los trastornos maternos en detrimento de su aspecto categorial (o **estructural**) tiene el riesgo de olvidar que el embarazo no es más que un momento entre otros en el curso vital de la mujer.

Un momento ciertamente de particular intensidad pero que se integra sin embargo en su historia y en la de sus filiaciones.

No solamente el aspecto dimensional de una depresión maternal, por ejemplo, no es totalmente independiente, creo yo, del terreno estructural previo sobre el que se expresa, sino que, por otro lado, olvidar la historia de la mujer nos condena probablemente a quedar sordos y ciegos a todo el juego de las interacciones fantasmáticas tan determinantes en ese momento.

Dicho de otro modo, minimizar lo categorial en beneficio de lo dimensional tiene inevitablemente un efecto de dessexualizar nuestra visión de la perinatalidad que no escapa sin embargo del adagio freudiano: "Todo no es sexual, pero lo sexual está en todo".

4. LA PSIQUIATRÍA PERINATAL COMO ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DE LA INTERACCIÓN

La última parte de mi intervención será mucho más esquemática.

Me gustaría únicamente, en relación a lo que he dicho anteriormente, insistir en el hecho importante de poder considerar todos los trastornos psicopatológicos de la perinatalidad como auténticas enfermedades de la interacción.

Las depresiones maternas

La cuestión de las depresiones maternas es ejemplar para este propósito.

Tras toda una serie de discusiones sobre la especificidad o no de las depresiones maternas post-natales en relación a las depresiones que afectan a mujeres en la misma franja de edad pero sin haber estado embarazadas, B. Cramer ha subrayado que dichos trastornos maternos no podían ser comprendidos ni abordados eficazmente si no se tenía en cuenta claramente la nueva presencia del niño.

En efecto, junto con los eventuales factores generales de vulnerabilidad depresiva de la madre, la existencia del bebé, por sí misma, puede a continuación intervenir como agente depresógeno y ya hemos visto previamente hasta qué punto el funcionamiento depresivo de la madre puede inducir un funcionamiento depresivo del niño y viceversa.

Cada uno de los elementos de la interacción tiene así un poder patógeno potencial sobre el otro y, en materia de depresiones post-natales, la única aproximación coherente está pues comprobado que debería ser de naturaleza diádica incluso triádica.

El autismo precoz

En el terreno del autismo infantil precoz, igualmente, sea cual sea la importancia del determinismo plurifactorial, el concepto de “proceso autistizante” descrito por J. Hochmann se revela extremadamente valioso por la dinámica interactiva que lo fundamenta.

Se sabe que, según este modelo poco importa quién lo inicia, como dicen los niños. Sea el adulto que se muestra insuficientemente accesible desde el punto de vista psíquico, o sea el niño que muestra un comportamiento relacional particular, se crea rápidamente un círculo vicioso autoagravante ya que la inadaptación de las respuestas interactivas de uno de los elementos de la relación acentúa el desarrollo del otro que, por ello, va a volver a situarse de manera inadecuada y así continuamente...

Por otro lado se conoce ahora la importancia de ciertas formas de depresiones maternas perinatales en la formación de esta peligrosa espiral.

Las psicosis puerperales

Incluso las psicosis puerperales ganarían sin duda siendo conceptualizadas de manera interactiva por la vía de las identificaciones proyectivas y narcisistas que infiltran masivamente el funcionamiento interactivo de la madre y que terminan por reducir de tal manera el espacio de libertad del bebé que éste no puede actuar sino confirmando la imagen de objeto malo que la madre proyecta sobre él.

Ahora bien, es sin duda únicamente cuando esta confirmación externa entra en colusión con las fantasías maternas inconscientes que la patología psicótica se exterioriza y se hace manifiesta.

Recientemente, en una conversación privada, D. Marcelli me remarcaba que D.W. Winnicott había sin duda idealizado un poco la "preocupación maternal primaria" de las madres psicóticas y que quizá había minusvalorado el riesgo de organización en "falso self" de los niños criados en contacto con ellas.

Esta idealización se basa probablemente en el impacto sobre D.W. Winnicott de las dificultades psíquicas de su propia madre lo que no hace sino ilustrar de otra manera el interés de una aproximación psicopatológica de la perinatalidad, para

una mejor comprensión –incluso a largo plazo– del devenir de las cosas.

Otros ejemplos podrían escogerse pero voy a dejarlo con el fin de concluir.

5. CONCLUSIONES

En principio quiero decir que interrogarse sobre el lugar de la psicopatología en el campo de la Psiquiatría Perinatal no remite únicamente a una posición teórica.

El lugar que se reserva a la psicopatología influye concretamente en la visión que se tiene del crecimiento y la maduración psíquicas del niño, de la historia de sus trastornos, de los medios terapéuticos de lo que uno se dota y, en fin, del tipo de investigaciones que se pueden poner en marcha.

Si se quieren mantener una concepción global del niño y de su devenir, el recurso a un modelo psicopatológico plurifactorial y de referencia psicodinámica sería probablemente la mejor garantía actualmente a nuestra disposición.

Quiero volver a repetir que, a mi entender, la Psiquiatría Perinatal no acaba con la metapsicología, sino que apela a ciertas modificaciones y profundizaciones completamente apasionantes en el seno de este nuevo campo de aplicación y de utilización.

Por fin, quiero subrayar claramente el interés de una aproximación psicopatológica capaz de permitir una clínica que pueda ser conjuntamente descriptiva, interactiva, contratransferencial e historicista.

Incluso los bebés tienen necesidad de una historia y de una historia que no sea únicamente la genética. Ahora bien, esta historia pasa invariablemente por la historia de sus padres y de las filiaciones de éstos. El bebé pre-edipiano es pues

colocado de entrada en las redes de la organización sexual y edipiana –exitosa o bloqueada– de los que le cuidan.

Reciprocidad y asimetría son así los dos pilares del funcionamiento interactivo, de aquí el peso formidable de los efectos del reencuentro que impiden cualquier predicción pero que crean, al contrario, un cierto espacio de libertad para el niño y su desarrollo.

Tal es sin duda una de las más hermosas lecciones de la modernidad, lección fácil de aprender pero a la vez también fácil de olvidar.

Agradezco su atención.