

LA INTERACCION BIOLOGICA*

Michel Soule**

El psicopatismo precoz, es decir, la constitución mal establecida de algunos mecanismos que se revelarán muy pronto en la vida del recién nacido (a partir de los primeros días) exigían para ser explicados, que se invocasen sistemas puestos en funcionamiento muy temprano.

Léon KREISLER ha propuesto llamarlos: “los núcleos psicopatológicos primarios”.

De hecho, desde que se incluyó en la perinatología el período antefetal, es decir la construcción del feto y de sus mecanismos, podemos llevar a este período la explicación de elaboraciones biológicas que se manifestarán después del nacimiento. Tendremos en adelante que comprenderlos, como todos los elementos del desarrollo del bebé, como el resultado de un sistema interaccional arcaico, desorganizado o caótico y contradictorio con unos padres que interaccionan de maneras alguna vez divergentes.

Han quedado en la actualidad, bien definidos planos diferentes y áreas interdependientes, a través de factores de interacción:

- a) Interacciones naturales o instintivas o etológicas;
- b) Interacciones afectivas (D. Stern);

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: “Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia”.

Traducción realizada por Sokoa Lasa.

** Catedrático de Psiquiatría Infantil Univ. René Descartes. París V.

- c) Interacciones fantasmáticas con sus múltiples aspectos: neurosis infantil de la madre, vivencias de la madre y del padre, Novela Familiar, y mandato transgeneracional cuyo valor apremiante interviene muy pronto, y, además, acompaña al deseo del niño en sus avatares a lo largo de su vida.

Michel FAIN habla de la “experiencia del conflicto” y no de interacciones. Léon KRISLER y Michel SOULE piensan que el concepto de “interacción” es más rico y tiene en cuenta numerosas peripecias conflictuales y también toda la complejidad de la teoría de la información.

Querría, aquí, hacer aparecer y valorizar otro “sistema” interactivo, aún más precoz y más apremiante: el de la interacción biológica.

Pierre MARTY, en las elaboraciones de su teoría de la enfermedad psicosomática –y especialmente en la búsqueda de la etiología de la estructura alérgica– quería resaltar lo prenatal y asegurarse de esta manera una base biológica a su teoría.

El mismo FREUD aludía a ello cuando evocaba la “Roca Biológica”.

Hoy en día se consagra mucha inteligencia y energía a la genética molecular y a la predestinación debida a los genes determinantes o aceleradores, inhibidores o inversores, incluso, “falseadores”, pero hay que tener también muy en cuenta las condiciones de la vida y del desarrollo del feto, tanto por él mismo como por su madre¹.

En efecto estos biólogos del feto y del embarazo no razonan sino en términos de interacción biológica madre-feto: la barrera placentaria, evocada por Michel FAIN no tendrá ya el

¹ Mis funciones desde hace cinco años - siquiatra en un servicio de medicina fetal (Dr. Fernand DAFOS, Instituto de Puericultura) donde trabaja un equipo pluridisciplinar de gran calidad, me han permitido preguntar a numerosos ginecólogos, genetistas, y sobre todo biólogos, en concreto a François FORESTIER sobre ésta interacción biológica. Expongo aquí algunos de sus ejemplos.

carácter de intangible que le atribuía en sus esquemas. Hay otras vías para esta interacción y otros canales para las señales.

Todas las toxemias del embarazo son debidas a interacciones nefastas: la más famosa, por ejemplo: la incompatibilidad Rh (existen múltiples formas) es debida a que el feto envía hematíes “no aceptables” por la madre cuyo cuerpo se defiende secretando anti-cuerpos que atacarán y destruirán los hematíes del feto.

Estos mismos biólogos consideran el embarazo en si mismo como una interacción madre-feto: el feto es un cuerpo extraño que se impone con sus características procedentes del padre. La madre se defiende contra ese cuerpo y trata de expulsarlo. El feto, por su parte, se defiende por mantenerse y es él quién provocará a su debido tiempo el parto. Si es la madre la que gana desde el principio, provocará un aborto espontáneo. Esta supremacía maternal puede repetirse.

Desde que un óvulo fecundado intenta adherirse al endometrio, el cuerpo de la madre lo considera como un cuerpo extraño y segrega los anticuerpos que tienden a destruirlo y a expulsarlo. El embrión segrega sus propios anticuerpos para defenderse. Si lo consigue, el embarazo sigue, si no es un aborto ultra-precoz que parecerá clínicamente como una regla un poco abundante.

En relación a la lucha madre-embrión y a los numerosos abortos ultra-precozes (3 ó 4 expulsiones de óvulos fecundados para conseguir un embarazo explican la frase de Jean BERGERET: “ella o yo”).

El embarazo desencadena todos los mecanismos habituales tras un injerto de un tejido extraño. Los biólogos hablan de “reconocimiento” o de “no reconocimiento” inmunológico.

A medida que el embrión no tiene los recursos necesarios, se debilita (malformaciones genéticas, anomalías) y no puede defenderse contra la acción de expulsión de la madre.

Hay que destacar que en algunas circunstancias, es una característica procedente hereditariamente del padre que vuelve al feto nefasto, cuando esta característica no es, como dicen los biólogos (François FORESTIER), “reconocida” por la madre.

PADRE Y SEMI PLACENTA

Lo que constituye para el embrión el riesgo de incompatibilidad, es el stock de informaciones genéticas procedentes del padre. Si hubiese un origen partenogénico posible para el embrión, sería un homo-injerto y no habría rechazo.

Los problemas inmunológicos en la interacción madre feto se comprenden como: el feto hereda del padre una característica no conocida por el cuerpo de la madre que “no la reconoce” o que no la “lee”. El cuerpo de la madre recibe entonces un cuerpo extraño incompatible “la triada de la muerte”.

Algunas veces aparece lo que los biólogos llaman “anticipación de la enfermedad”, es decir que esta última es cada vez más grave con cada generación. Se puede decir que hay un mandato transgeneracional genético en cada embrión, pero en este caso se convierte cada vez más apremiante biológicamente.

La madre está más o menos protegida de la acción tóxica fetal según la calidad de su propia inmunidad establecida anteriormente. Existen ejemplos muy conocidos que revelan incompatibilidades masivas, como la incompatibilidad Rh. Seguramente existen numerosas situaciones que se desarrollan en un registro menor o enmascarado, pero que deben dejar graves secuelas biológicas.

El **R.C.I.U.** (retraso del crecimiento intra-uterino) es debido a varias causas, especialmente obstétricas pero, una de sus causas puede ser descrita de manera esquemática: la G.H. o gran hormona es secretada muy pronto por los trofoblastos, células precedentes de la placenta. Dicha hormona no actúa directamente sobre el embrión, pero sí lo hace en la madre.

Desencadena la secreción de una hormona de crecimiento que no actúa sobre su propio organismo, pero se va a dirigir hacia el embrión, que receptivo va a crecer. Se pueden describir varias interrupciones: insuficiencia trofoblástica de secreción de la G.H., “no reconocimiento” por la madre de las informaciones aportadas, secreción insuficiente de la madre, “no reconocimiento” de esta hormona materna por el feto.

Este ejemplo, aunque habría muchos otros, ilustran bien la interacción biológica constante entre el feto y su madre a lo largo del desarrollo primitivo.

La interacción biológica se manifiesta de nuevo de repente, cuando se amamanta; en efecto, esta situación es particularmente rica en diversos modos interactivos psíquicos y afectivos de la madre y del recién nacido. Pero también hay que tener en cuenta la prolongación de la interacción biológica: la madre pone una glándula que le pertenece –el pecho– en la boca del recién nacido y vierte una secreción que actúa en su cuerpo. Por su parte, el recién nacido, con su comportamiento (la succión) actúa en el funcionamiento biológico de la madre.

Si la madre influye en el feto, el feto también actúa en la madre. Ejemplos:

El **feto mortífero**, que arrastra a su madre hacia la muerte: (véase el dilema obstétrico de Napoleón tras el nacimiento difícil del rey de Roma: “Salvad a la madre, se lo ha merecido!”).

El feto muerto en el útero provoca rápidamente trombosis intra-arteriales. El cuerpo de la madre los considera como coágulos y secreta sustancias para destruirlos. Esto entraña el peligro de provocar una hemorragia cataclísmica en el nacimiento que puede llevarse a la madre.

La **hipertensión de la mujer embarazada**: el desarrollo del feto lleva consigo un aumento de la masa sanguínea global. Normalmente, hay una corrección del trabajo cardíaco debido a un sistema de compensación dirigido desde la placenta. Si esto no se produce, la hipertensión maternal se agudiza y se vuelve nociva para el feto.

Describiendo esta perspectiva interactiva, hay que evitar un posible sesgo adultomórfico.

Cuando hablamos de la vida del feto, y especialmente aquí, de su interacción biológica con su madre, se puede estar tentado a ceder a algunas extrapolaciones y aplicarle modelos de interacción que no convienen más que a un período posterior, después del nacimiento. Esto último lo tratan los estudios actuales sobre las sensaciones del feto, las fechas de su aparición, sus modalidades, sus componentes.

Más tarde podremos sin duda precisar si hay o no “percepción”.

Todo lo que he descrito pertenece al período prenatal de la perinatología donde constituye un elemento de base.

El desarrollo del feto, sobre todo en las últimas semanas del embarazo, hace del feto el precursor del recién nacido.

Así mismo estos últimos años hemos establecido la clínica de la psicopatología del recién nacido, gracias a numerosas observaciones y a una reflexión sobre su dinámica interactiva, pero nos falta crear una clínica del funcionamiento del feto. Esto ha sido posible gracias a los progresos de las imágenes fetales.

ALGUNAS IMAGENES QUE MUESTRA LA ECOGRAFIA

- El feto orina y bebe continuamente lo que hace funcionar el circuito amniótico.
- El Doppler a color y los circuitos cuádruples del líquido amniótico: boca-nariz-aspiración-expulsión. El cruce de estos circuitos: la faringe.

Primeros autoerotismos - revisión y cuestionamiento

- Las etapas bucales: boca y labios en reposo
 - boca que bebe - deglución
 - boca que rechaza lo que proviene de la faringe (movimiento de pera de goma)

- Lo que proviene de la nariz
 - labios que se entrebesan
 - puesta del puño en la boca
 - del pie
 - del cordón
 - ¿del sexo?

Al nacimiento: sequedad de la faringe, sensación de cartón, necesidad de humedad, al menos tan fuerte como el hambre (Spitz) y la descripción de la cavidad primitiva.

Fetos que vomitan: flujo que se ve en el Doppler a color - Obstáculo digestivo esofágico, a veces no encontrado - ¿Lugar del mericismo fetal?

Partología: hipoamios seco: feto que boquea buscando el líquido como un pez en la arena. Cuando se le pone suero, se pone a beber ávidamente.