

El período prenatal como origen de las estructuras de carácter

Heidelberg, Alemania, mayo 1995

**XI Congreso Internacional de la ñInternational Society for
Prenatal and Perinatal Psychology and Medicineö (ISPPM)**

Conferenciante: Marc Costa Seguí

**Psicólogo clínico y psicoterapeuta de Integración Psico-
corporal. Barcelona.**

**Título original: *The prenatal period as the origen of
character structures.***

Copyright 1995 by Mattes Verlag Heidelberg.

EL PERÍODO PRENATAL COMO ORIGEN DE LAS ESTRUCTURAS DE CARÁCTER

SUMARIO: Este estudio se basa en el material prenatal de 14 pacientes en psicoterapia de Integración Psico-corporal durante un período continuado que oscila entre los 5 y los 11 años. En este escrito sólo se han podido desarrollar brevemente algunos de estos casos. El resto ha servido para sustentar las hipótesis del presente trabajo. Este tipo de psicoterapia permite acceder con el tiempo a regresiones psicoterapéuticas espontáneas que facilitan experiencias intrauterinas concretas. Su cantidad y variedad permiten deducir que el embrión y el feto pueden vivir **IN UTERO** dificultades que hemos clasificado como esquizoides, orales, simbióticas, psicopáticas, masoquistas, fálicas e histéricas, estableciendo así el posible origen intrauterino de las estructuras de carácter y, por tanto, del núcleo somatopsíquico de los conflictos.

ABSTRACT: Se resume la teorización inicial del carácter hecha por S. Freud y el desarrollo posterior de W. Reich y otros autores. Se establece una ordenación precisa de las estructuras de carácter (o de constructos evolutivos de las diferencias individuales) en base a estos estudios y al material clínico de pacientes en psicoterapia de Integración Psico-corporal, que remontan sus vivencias no sólo a la primera infancia, sino también al período intrauterino. En esta zona las experiencias son cada vez más **SOMATOPSÍQUICAS**: es decir, se trata de vivencias en que el cuerpo se halla directamente involucrado y la psique registra y procesa los acontecimientos de manera muy emocional y rudimentaria. Se observa también cómo este material clínico coincide con los más importantes procesos biológicos del embrión y del feto, cuya evolución puede entrar en conflicto con el ecosistema intrauterino, verdadera caja de resonancia de los procesos psicoemocionales de la madre. Desde este diálogo conflictivo se establece un registro profundo e inconsciente, cuya trascendencia se debe a que gran parte de las dificultades intrauterinas conllevan una cuestión de supervivencia. Se plantea, en suma, que el ser prenatal tiene ya un sistema de registro somatopsíquico, un sistema de conductas programadas genéticamente y unos procesos de aprendizaje que dan origen a las **MATRICES PRENATALES** de las estructuras de carácter.

1. TEORIA DEL CARÁCTER

1.1. Sigmund Freud

Freud sentó las bases de una teorización del carácter de orientación dinámica y profunda. Sus constructos evolutivos de las diferencias individuales sirven aún hoy de referencia a los desarrollos actuales. De las etapas del desarrollo psicosexual pregenital surgen los correspondientes estilos de carácter: el ORAL, pasivo y receptivo; el ANAL, ordenado, obstinado y tacaño; el URETRAL, competitivo e inseguro, y el FÁLICO, invasivo y seductor. Todos estos rasgos pueden analizarse en función de los particulares mecanismos de FIJACIÓN que la persona utiliza para quedarse anclada en las correspondientes etapas de la primera infancia (1).

Las estructuras de carácter cierran su ciclo entre los 5-6 años (2), al iniciarse el período de latencia, en el que ambos sexos reprimen sus atracciones edípicas paternas (3). Freud planteaba que en la fase de latencia y en la adolescencia el carácter estaba ya establecido en sus bases fundamentales. Por tanto, hemos de retroceder siempre a la primera infancia para entender el entramado del carácter (4).

W. Reich y los teóricos contemporáneos del carácter participan de este planteamiento freudiano, al que este trabajo también se adhiere. Pero con una hipótesis añadida: Las vicisitudes que el embrión y el feto experimentan en la gestación y el parto pueden determinar el origen somatopsíquico de las estructuras de carácter.

1.2. Wilhelm Reich

La labor de Reich como director del Seminario técnico de Viena para la terapia psicoanalítica, que desarrolló desde 1924, le llevó a concebir su obra *El Análisis del Carácter* (5). En ella expuso seis estructuras caracterológicas definidas, a partir del estudio y análisis de las resistencias individuales (6). No las expondremos aquí por la brevedad de este trabajo. Pero sí resumiremos un par de conceptos fundamentales (coraza muscular y principio de unidad funcional) y su teoría del conflicto psicoemocional.

Reich introdujo en 1934 un importante constructo para el desarrollo futuro de la psicoterapia: la CORAZA MUSCULAR. Es el correlato somático en el que se anclan los conflictos psíquicos; es la forma corporal (posturas bloqueadas, tensiones esquelético-musculares) con que se manifiestan las resistencias caracterológicas. Para Reich, los fenómenos psíquicos y somáticos son aspectos indistintos y dialécticos de una misma totalidad. De ahí su PRINCIPIO DE UNIDAD FUNCIONAL entre psique y soma: Lo psicológico y lo corporal se condicionan vegetativamente lo uno a lo otro y funcionan al mismo tiempo como un sistema unitario. Con ello se establece la importancia de intervenir también en el cuerpo dentro del proceso psicoterapéutico, tanto en la vertiente vegetativa (sobre todo a través de la respiración) como en la estructura esquelético-muscular (por medio de diversas manipulaciones directas). Se inaugura así un nuevo tipo de trabajo en psicoterapia, caracterizado por la inclusión del cuerpo con el mismo rango que la mente. La Integración Psico-corporal creada por quien suscribe este escrito reclama este precedente histórico como fuente de inspiración.

Reich fue muy explícito en su teoría del conflicto psicoemocional: «La coraza caracterológica se desarrolla como resultado crónico del conflicto entre las demandas instintivas y el mundo exterior frustrante» (7). Estas demandas instintivas son el fondo último, la capa primaria: Un mundo espontáneo, sincero y simple. Reich defendió apasionadamente la bondad última de la naturaleza humana, en contra de la postrera posición de Freud respecto a los instintos. Precisamente en su ensayo sobre el CARÁCTER MASOQUISTA, Reich intentó aportar una refutación clínica al Thanatos o instinto de muerte freudiano (8). El malestar humano no se debía en alguna medida a un impulso biológico hacia la disgregación o el displacer, sino a los efectos permanentes, lacerantes e insidiosos de unas condiciones sociales y, por tanto, familiares, frustrantes y destructivas.

Reich asumió la responsabilidad inalienable de la sociedad en la génesis de la psicopatología humana. En el presente trabajo, esta responsabilidad se plantea más allá del nacimiento, en la época intrauterina. La hipótesis es que las experiencias de la madre y el medio en que ésta se ubica condicionan decisivamente el carácter del ser en gestación que hay en su interior. En lugar de impulsos destructivos innatos, nuestras historias clínicas intrauterinas explican reacciones de miedo y/o agresividad extremas para preservar la supervivencia. El dolor extremo que algunas personas han vivenciado en el período prenatal puede aclarar en buena medida la envergadura del malestar y de las conductas destructivas de algunas personas.

Postulamos también, en suma, una naturaleza humana fundamentalmente buena, en la que el ser humano (el embrión, el feto, el recién nacido, el adulto) sabe en el fondo lo que necesita. Así lo planteamos en el proceso terapéutico de Integración Psico-corporal, que trata de facilitar la emergencia paulatina de vivencias e impulsos inconscientes y arcaicos de la persona. Lo único que ésta verdaderamente necesita para poder manifestarlos es el establecimiento de un vínculo sólido de confianza y un límite de contacto afectivo y comprensivo. Tenemos la seguridad clínicamente comprobada de que una vez estos procesos primarios logran drenar sus cargas biográficas negativas aparece siempre un impulso positivo y sano de vida.

1.3. Los continuadores de Reich

Entre los teóricos del carácter que han seguido las huellas de Reich cabe citar a A. Lowen (9 y 10), R. Hilton (11), S.M. Johnson (12 y 13) y R. Kurtz (14), que han establecido una cada vez más precisa ordenación de las estructuras caracterológicas en función del proceso evolutivo infantil. En Integración Psico-corporal hemos adaptado la clasificación hecha por Ron Kurtz, a la que añadimos una estructura (o subestructura) que llamamos SIMBIÓTICA. La necesidad de sumar esta nueva estructura apareció con la experiencia clínica de varios pacientes, cuyas características no correspondían exactamente a la clasificación, y con la inspiración teórica de escritos de J. Masterson (15) y de S.M. Johnson (16).

Veamos a continuación un cuadro comparativo de las clasificaciones según diversos autores:

S. Freud	A. Lowen	S.M.Johnson	R.Kurtz	M.Costa
Oral Anal Uretral Fálico	Esquizoide Oral Psicopático Masoquista Rígido	Esquizoide Oral Simbiótico Narcisista Masoquista Rígido	Esquizoide Oral Psicopático I Psicopático II Masoquista Fálico Histérico	<pre> graph LR subgraph M_Costa direction TB E[Esquizoide] --- ORAL O[Oral] --- ORAL S[Simbiótico] --- ORAL PI[Psicopático I] --- ANAL PII[Psicopático II] --- ANAL M[Masoquista] --- ANAL F[Fálico] --- FALICO H[Histérico] --- FALICO end </pre>

Recordemos que estas clasificaciones hacen referencia básicamente a actitudes defensivas estructuradas en forma de carácter y que cada individuo presenta por lo general una mezcla de todas las estructuras, con una básica y otras secundarias. Es el llamado **HISTOGRAMA DEL CARÁCTER**, que intenta medir en porcentajes aproximados la cantidad proporcional de cada estructura que le corresponde a cada individuo.

2. EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN INTEGRACIÓN PSICO-CORPORAL

2.1. El principio de sincronía psicosomática y el trabajo final con las defensas

La Integración Psico-corporal es un sistema psicoterapéutico de síntesis creado por quien suscribe este escrito a lo largo de 18 años de dedicación profesional completa a la psicoterapia individual y de grupo. El eje central del sistema ha sido siempre la búsqueda de un trabajo profundo y sincronizado en las instancias psíquicas y somáticas. De ahí el **PRINCIPIO DE SINCRONIA PSICOSOMÁTICA**, que plantea la consecución progresiva de experiencias globalizadoras entre lo mental-cognitivo, lo instintivo-emocional, lo fisiológico-vegetativo y lo esquelético-muscular. Con ello se propicia un peculiar trabajo final con las defensas, encaminado a conseguir primero la **EXPERIENCIA SINCRÓNICA DE LA DEFENSA (ESD)**, como medio para experimentar y cobrar conciencia de las vivencias dolorosas relegadas al inconsciente, y luego la **APERTURA DE LA DEFENSA (ASD)**, como medio para recuperar las reacciones orgánicas naturales para enfrentarse al dolor y transformarlo.

2.2. Los factores facilitadores de la ñexperienciaö psicoterapéutica

En Integración Psico-corporal se intenta llegar progresivamente a la consecución de auténticas EXPERIENCIAS en el sentido fenomenológico del término. Una ñexperienciaö ha de poderse sentir (sensación-percepción), ha de tener conciencia y significado y ha de llegar a la EXPRESIÓN. Es precisamente en la expresión emocional donde se realizan los procesos de descarga y reciclaje energético que permiten alcanzar cíclicamente cargas energéticas cada vez más elevadas y procesos terapéuticos cada vez más profundos y regresivos.

En Integración Psico-corporal se trabaja con diversos factores facilitadores de la experiencia. El primero y más decisivo es la importancia que se concede al vínculo psicoterapéutico, a través de cuidar y elaborar la comunicación y el contacto entre terapeuta y paciente. En segundo lugar están aspectos que podemos resumir en tres principios teórico-metodológicos: EL PRINCIPIO DE EXPRESIÓN PSICOSOMÁTICA ESPONTÁNEA, que permite al paciente manifestarse de forma absolutamente libre; el PRINCIPIO DE CENTRACIÓN EN EL PACIENTE, que propicia la atención y el intento constante de comprensión por parte del psicoterapeuta, y el PRINCIPIO DE NO-VIOLENCIA PSICOSOMÁTICA, que obliga al terapeuta a respetar los materiales, las significaciones, los procesos que el propio paciente vaya encontrando. Se evita la interpretación a fin de que el paciente tenga el espacio y la posibilidad de hallar su propia solución. Se crea así una atmósfera que facilita la confianza en la relación terapéutica y se potencia además la autoafirmación del paciente.

2.3. Las regresiones psicoterapéuticas

Todo lo expuesto más arriba permite que, en un momento más o menos avanzado del proceso, surjan sin forzarlas regresiones terapéuticas a estratos pre y perinatales. Parece como si la persona, al recobrar el contacto y la funcionalidad emocionales y expresivos, tuviera un progresivo acceso a la infancia y, finalmente, a la vida intrauterina. Es como si el hecho de sincronizar la mente, el cuerpo y las emociones fuera la puerta de entrada para recuperar las experiencias arcaicas biográficas y prebiográficas. Es así, de hecho, como funciona el niño, a diferencia del adulto, que tiene ya especializadas y divididas sus capacidades psicosomáticas.

En definitiva, al entrar en procesos pre y perinatales, el paciente se halla dentro de una EXPERIENCIA SINCRÓNICA que garantiza la consistencia de sus vivencias. El paciente las siente como reales o casi reales y los datos de las mismas han sido muchas veces verificados con la realidad histórica.

Estos datos confirman una vez más que el ser prenatal posee un buen sistema de registro. Sobre este tema, nuestra hipótesis es radical: Todos los acontecimientos pre y perinatales, desde la concepción hasta el parto, quedan registrados a niveles inconscientes profundos. A nivel práctico, las regresiones pre y perinatales de los pacientes de Integración Psico-corporal así nos lo hacen suponer. A nivel teórico sustentamos la hipótesis con los planteamientos de K. Pribram respecto a la memoria holográfica (18).

2.4. El impulso de supervivencia y la experiencia somatopsíquica

Entendemos por **IMPULSO DE SUPERVIVENCIA** todas aquellas acciones o reacciones internas o externas que produce un ser vivo durante los momentos en que, de una u otra manera, la continuidad de su vida corre peligro. Nuestra experiencia clínica es que muchas acciones frustrantes o agresivas recibidas por la criatura prenatal ponen en marcha este impulso. Lo consideramos como una **EXPERIENCIA SOMATOPSÍQUICA** (no psicósomática) porque el cuerpo y sus procesos energéticos y reflejos dirigen la acción, mientras la psique computa de forma aún primaria los datos.

Podemos considerar las vivencias intrauterinas como principalmente somáticas. El cuerpo del ser prenatal se halla en contacto directo con el organismo de la madre y es a través de ella que recibe la mayor parte de la información externa. Además, la extrema vulnerabilidad de un organismo en crecimiento madurativo lo hace especialmente sensible a cualquier estímulo negativo que le llegue a través del cuerpo.

2.5. El lenguaje de las señales somatopsíquicas

Al observar con cuidado las manifestaciones de las regresiones psicoterapéuticas se aprecian lo que llamamos **SEÑALES SOMATOPSÍQUICAS**. Entendemos como **SEÑAL** algo que ocurre el suficiente número de veces de la misma forma hasta que empieza a tener significado. Diríase que unos impulsos potentes generan unas conductas necesarias para la vida y el desenvolvimiento intrauterino. Va apareciendo así un lenguaje somatopsíquico propio, que acostumbra a manifestarse en dos etapas diferenciadas.

La primera de estas etapas suele cursar con experiencias dolorosas o traumáticas. Son las señales del lenguaje del dolor que pueden ubicarse en diversas partes del cuerpo según la naturaleza de la frustración o agresión recibidas. En algunos casos, las sensaciones energéticas de malestar y dolor corporal suelen durar varios días. Se trata de experiencias corporales contractivas, de bloqueo muscular muy profundo. A vivencias de este tipo las llamamos **EXPERIENCIA SINCRÓNICA DE LA DEFENSA**, como ya se ha mencionado más arriba.

La segunda etapa se inaugura cuando el dolor empieza a abrirse y aparecen reacciones corporales descontroladas, aparentemente desorganizadas y sin valor. Es el intento por parte del cuerpo de recuperar una cadena de reflejos compleja que fue desarticulada por las respuestas frustrantes y/o agresivas del medio. Y generalmente el proceso pasa por la expresión fuerte y consistente de emociones negativas, que interpretamos como reacción orgánica saludable ante los ataques externos. Esta reacción fue inhibida en su momento y debe poderse expresar ahora para recuperar los impulsos naturales truncados **IN UTERO**. Se trata de movimientos corporales de apertura, progresivamente vigorosos, intensos y llenos de energía, teñidos habitualmente con fuertes dosis de rabia. Ahí llegamos a lo que consideramos la **APERTURA SINCRÓNICA DE LA DEFENSA**, citada más arriba. Con ello tenemos ya el camino en franquicia para recuperar el sistema de conductas natural e innato.

Digamos, en suma, que poseemos este sistema natural, con lenguaje y código propios, desde la concepción. En la medida que ha sido obstaculizado en el medio intrauterino genera conductas defensivas primarias con otro lenguaje y otro código: El lenguaje del malestar y el código de la confusión. Por consiguiente, consideramos que gran parte de las psicopatologías, y también de los rasgos positivos, tienen su origen en el período prenatal de la vida.

Deshacer este vínculo negativo intrauterino significa reestructurar la relación arcaica con la madre. Tarea que se hace a través de la relación con el psicoterapeuta y del trabajo simbólico con los orígenes de la relación prenatal materna. En Integración Psico-corporal se considera que el hecho de no reparar estos orígenes deja siempre rastros negativos que jamás acaban de desaparecer, sobre todo a nivel somático, energético y emocional.

También se consideran importantes en la formación de las bases del carácter las experiencias del nacimiento. Aunque de relativa duración en el tiempo, la intensidad de sus acontecimientos permite un posible aprendizaje por *imprinting* (imprinting), tal como ya lo señaló David Cheek en 1975 (19). En este escrito nos ceñiremos a las experiencias prenatales y dejaremos el material perinatal para otro trabajo. Tan sólo indicar que en el relativamente breve espacio temporal de los trabajos de parto se hace una relectura consistente de todas las situaciones que conforman cada una de las estructuras de carácter. Al menos ésta es nuestra hipótesis.

3. LAS EXPERIENCIAS PRENATALES EN INTEGRACIÓN PSICO-CORPORAL

3.1. LA EXPERIENCIA ESQUIZOIDE

3.1.1. Datos embriológicos

Con la fecundación del óvulo por el espermatozoide y la fusión de los pronúcleos aparece el cigoto, primera célula capaz de convertirse en un ser humano. El cigoto avanza hacia el útero a través de la trompa de Falopio durante 4-5 días. Durante el trayecto el tamaño del cigoto no aumenta, aunque se divide en células cada vez más minúsculas, hasta convertirse en un blastocisto libre. Entre los 7-9 días tras la fecundación se produce la fase de implantación en el útero materno, importantísima para la evolución del germen.

Todos estos procesos los englobamos en la FASE ESQUIZOIDE INTRAUTERINA, caracterizada por la precariedad de la supervivencia. Se sabe que hasta un 50% de los casos se pierde a comienzos del embarazo, dentro de las 2 ó 3 semanas siguientes a la fecundación (20). Se supone, pues, que a nivel biológico hay una importante lucha por la existencia.

Cuando el óvulo es fecundado, el cuerpo amarillo produce la luteína o progesterona, hormona que no sólo protege al ovocito, sino que por vía hemática origina cambios en el endometrio y lo prepara para recibir al blastocisto. La hipótesis es que, a nivel psicoemocional inconsciente, la mujer que no está preparada para el embarazo puede obstruir estos procesos, hasta el punto de plantear serias dificultades para la supervivencia del nuevo ser. Si la nueva vida no perece, estas contrariedades quedarán registradas a nivel celular y se ratificarán con una FIJACIÓN de esta experiencia de rechazo a lo largo de gran parte del embarazo y de la vida.

3.1.2. Datos clínicos

La paciente ÕCö presentó ya desde los comienzos de la psicoterapia un conflicto central, entre otros de menor recurrencia: Toda una serie de vivencias persecutorias en que sentía su vida en peligro de una forma fantasmática. Fue cobrando conciencia de la irrealidad de estas fantasías y pudo relacionarlas con situaciones biográficas infantiles; pero no podía evitar la fuerte ansiedad que se le despertaba a veces, sobre todo después de haber vivido algún episodio de agresión, rechazo o soledad. Le asaltaban imágenes e ideas de que la perseguían, incluso la mataban.

Al final del cuarto año de proceso en Integración Psico-corporal, esta paciente empezó a revivir EXPERIENCIAS SINCRÓNICAS en que se sentía Õen un espacio inmenso, dentro del que iba dando tumbos con la sensación de absoluta hostilidad del medio. Se percibía a sí misma como una bola luminosa que viajaba por aquel espacio con el peligro constante de desintegrarse.

Este tipo de vivencia se repitió un buen número de veces con la sensación de que aquella minúscula masa viva debía encogerse y replegarse hasta el núcleo más profundo de su ser y mantenerse ahí totalmente cerrada. Era la EXPERIENCIA SINCRÓNICA DE LA DEFENSA (ESD), que fue generando un terror abstracto e ilimitado, sentido en los mismos huesos, en las articulaciones, en el cráneo, en los ojos; era el miedo a perderse a sí misma por disgregación o atomización. La salida de esta situación límite entre la vida y la muerte consistió en la paulatina expresión de una rabia indiscriminada, que iba más allá de una persona concreta. Ella misma solía decir que la dirigía al universo entero. También decía que al llegar a esta vida no había sido bien recibida, que había sido odiada. Y sólo una respuesta de iguales proporciones destructivas podía compensarla. Pero al expresar su rabia tenía la sensación de romperse y desmembrarse. Los movimientos eran erráticos y asimétricos. Surgía a menudo una férrea tensión en la zona occipital, en la articulación del cráneo y el atlas, que frenaba el movimiento. El contacto con el terapeuta producía aún más rabia y acentuaba las ganas de destruir; pero sólo el mantenimiento de dicho contacto de forma consistente permitía procesar tanta carga emocional.

Se consiguió así la APERTURA SINCRÓNICA DE LA DEFENSA (ASD), cuyo desarrollo condujo a una nueva clase de experiencia. Empezó a sentir que una fuerza irresistible quería expulsarla del espacio uterino. Si permanecía en la posición cerrada y de protección no tenía fuerzas para confrontar la situación. Surgió así la necesidad de abrir su cuerpo en arco externo (en convexidad frontal), tensándose fuertemente sobre la curvatura de la espalda. Esa posición le daba una seguridad y una consistencia que le permitían resistir las fuerzas expulsivas, desafiándolas a través de una posición corporal invasiva y penetrante. Se trata de la EXPERIENCIA FÁLICA O HISTÉRICA, que describiremos con más detalle en el apartado correspondiente.

La paciente ÕCö sintió con claridad que gracias a esta última experiencia pudo salvar, aunque con precariedad, su vida intrauterina. Sólo el fortalecimiento paulatino de un vínculo inquebrantable con el terapeuta le permitió ir más allá de sus impulsos destructivos y sentir un pleno derecho a existir.

3.2. LA EXPERIENCIA ORAL

3.2.1. Datos embriológicos

A los 10-12 días de la fecundación, el huevo se ha implantado por completo y la cavidad amniótica se ha hecho mayor. De los 13 a los 15 días se forma el saco vitelino y el embrión consta de un disco embrionario didérmico (ectoblasto y endoblasto). Entre los días 16 y 21 aparece el primer indicio morfológico de simetría bilateral. Ahora el embrión es ya tridérmico; entre el ectoblasto y el endoblasto se forma el mesoblasto intraembrionario. Entretanto, el embrión se separa progresivamente del trofoblasto y se forman los primeros rudimentos del cordón umbilical y la placenta.

A partir de los 15-20 días no puede sostenerse ya una nutrición por ósmosis y aparecerán los primeros vasos sanguíneos fuera del embrión (21). Son importantes los que se forman en la zona que tapiza la cara interna del trofoblasto, en la parte caudal del embrión. Son muy numerosos, entran en la placenta y, por tanto, contactan con la madre. Se asegura así el mecanismo de nutrición para el nuevo ser que intenta sobrevivir.

A partir del día 20 surgen los segmentos primitivos o somitas y comienza el plegamiento del embrión en dirección céfalo caudal, adoptando así la forma de C cerrada. Puede interpretarse como una posición de protección de la parte frontal, siempre más vulnerable, con la finalidad de preservar la maduración y el movimiento de los órganos y sistemas internos. La hipótesis es que esta postura protectora y cerrada tenderá a conservarse en sujetos que han sufrido dificultades en el medio intrauterino.

De los días 26 a 56 se produce el período organogenético, apareciendo así los principales caracteres del cuerpo. El embrión mide 31 mm y pesa 2,5 g y posee el 90% de las más de 4.500 estructuras que presenta el adulto. Disminuye el plegamiento céfalo-caudal. Es como un ser humano completo en miniatura. Se cierra aquí la FASE ORAL INTRAUTERINA.

Subrayamos, finalmente, el desarrollo algo tardío del sistema linfático y de los ganglios, que debe ser la causa de un hecho bien conocido: Los embriones no adquieren actividad inmunológica hasta los 60 días aproximadamente (22). Es la madre que ha de protegerlos en esta etapa. Ella cumple las funciones completas de nutrición, sustento y protección. La hipótesis es que, si a nivel psicoemocional inconsciente, la madre no está dispuesta a realizarlas, el nuevo ser registra experiencias de privación, abandono y desprotección que amenazan la propia supervivencia.

3.2.2. Datos clínicos

Ya desde los inicios de su proceso, la paciente òSö se quejaba de apatía, desmotivación y melancolía. Este estado la había acompañado en una u otra medida desde la adolescencia. Era un cuadro depresivo que a veces le impedía llevar a cabo las actividades cotidianas.

Pudo relacionar su estado de ánimo con una serie de situaciones biográficas de carencia afectiva y abandono. Comprendió su dependencia y su susceptibilidad a la separación y a cualquier tipo de pérdida. Incluso recuperó su energía y su vitalidad corporal a través de permitirse el enfado que le producían las más variadas situaciones de privación o distancia. Pero no podía dejar de sentirse deprimida cuando alguna de las personas importantes de su vida (la madre, la pareja) la ignoraba o le retiraban el apoyo.

A mediados del quinto año de proceso en Integración Psico-corporal comenzó a entrar en regresiones intrauterinas explícitamente reconocidas por ella misma. La experiencia consistía en sentirse como una masa informe, sin fuerzas, abandonada a su suerte: nadie se ocupaba de ella. Se percibía extremadamente minúscula y desvalida, con una clara sensación de desestructuración y falta de energía. Era la EXPERIENCIA SINCRÓNICA DE LA DEFENSA (ESD), cuya salida positiva se realizaba con un progresivo contacto de sustento con el terapeuta. En la medida que crecía la convicción de que el otro estaba ahí y no la abandonaría surgió una fuerte sensación de hambre. Como si la hubieran dejado sin alimento y pudiera morir de inanición. Era el pánico a comprobar los efectos devastadores del abandono del otro, que al dejarla sin sustento la condenaba a la desaparición.

En este momento emergió una ira voraz, que cursó con gran necesidad de morder y movimientos espasmódicos de todo el cuerpo. Se iniciaba así la APERTURA SINCRÓNICA DE LA DEFENSA (ASD), que a continuación desveló sensaciones de insensibilidad y dureza alrededor del ombligo. Decía que era como si el cordón umbilical se me hubiera secado. Continuaba el hambre incontenible, que trajo consigo una necesidad perentoria de pecho materno, reviviendo la enorme carencia que para ella significó el no haber sido amamantada. La resolución positiva de esta situación consistió en que el psicoterapeuta diera el biberón a la paciente cuando entraba en estos estados regresivos. Así fue reparándose a nivel simbólico el dañado vínculo de nutrición.

Más adelante fueron surgiendo una serie de necesidades de apoyo y protección, que en la medida en que se elaboraron y alcanzaron satisfacción metafórica, contribuyeron a establecer un gradual vínculo de sustento con el terapeuta que garantizaba la nutrición en el más amplio sentido de la palabra.

3.3. LA EXPERIENCIA SIMBIÓTICA, PSICOPÁTICA Y MASOQUISTA

3.3.1. Datos estructurales y conductuales

La experiencia psicopática y masoquista la englobamos en el período que va de principios del tercer mes a finales del quinto. La experiencia simbiótica bascula entre la etapa oral y la psicopática.

A partir de los 56 días, el organismo que se desarrolla en el útero materno recibe el nombre de feto. Disminuye la curvatura de la nuca y adquiere un aspecto cada vez más humano. A las 8 semanas se observan movimientos vermiformes (de gusano), lentos, que ocurren a lo largo de las extremidades y el tronco del feto (23). Parece que se trata de movimientos espontáneos, producidos posiblemente por estímulos endógenos.

Este tipo de movimientos se observa a menudo en las regresiones intrauterinas de Integración Psico-corporal: son considerados los rudimentos del reflejo orgástico postulado por Reich. La hipótesis es que éste es el movimiento natural básico que el feto utiliza cuando necesita una descarga energética general y que empleará de forma fundamental en su propio nacimiento.

Alrededor de los 60 días se inicia el ESTADIO NEUROMUSCULAR de la conducta fetal. El comportamiento motor reflejo seguirá la misma secuencia témporo-espacial que la maduración neuronal: primero la región facial, después el tronco y finalmente las extremidades. A las doce semanas aparece el ESTADIO DE INTEGRACIÓN SUPRASEGMENTARIO. Gracias a ello la musculatura fetal no sólo manifiesta un tono de reposo, sino también un tono postural. De las 12 a las 16 semanas se esboza el reflejo de succión y el feto deglute con la boca cerrada. Entre las 16 y 20 semanas se mueven los globos oculares y aparecen los primeros movimientos inspiratorios aislados.

Desde principios del tercer mes hasta finales del quinto, el feto realiza un rápido crecimiento en longitud (5 cm por mes aproximadamente) y su peso al final de este período es de unos 500 g.

Todo ello indica que el feto empieza a hacerse notar de forma muy ostensible. La presencia se hace evidente para la madre, que debería reconocer la existencia de un ser que inicia una muy rudimentaria AUTONOMÍA CONDUCTUAL, un gradual CONTROL SUBCORTICAL y una progresiva necesidad de espacio. Pero si la madre no puede reconocer al otro y vincularse con él tenderá a negar el espacio y la autonomía al feto a través de algún tipo de invasión o manipulación inconsciente.

3.3.2. Datos clínicos

En toda esta etapa que va del inicio del tercer mes hasta finales del quinto pueden distinguirse cuatro estructuras de carácter: la SIMBIÓTICA, la PSICOPÁTICA I, la PSIOPÁTICA II y la MASOQUISTA. Surgen todas del mismo conflicto con la autonomía, el espacio y el control, pero con estilos y estrategias distintos.

La ESTRUCTURA SIMBIÓTICA se halla a caballo entre la estructura oral y la estructura psicopática. Como ejemplo clínico tomaremos al paciente ñMö, que planteó desde los inicios de la psicoterapia un fuerte conflicto relacional. Por un lado, la enorme necesidad de estar con el otro (la pareja); por el otro, un fuerte impulso a separarse y ser autónomo. Cuando convivía con su pareja se sentía fuertemente oprimido; pero cuando se separaba y tomaba distancia le embargaba una insoportable angustia que le obligaba a volver. Diríase que vivía bajo el lema ño puedo vivir contigo ni sin tiö.

La mayor parte de experiencias intrauterinas que fueron surgiendo a partir del quinto año de psicoterapia se centraron en una vivencia de verdadero terror a entrar en contacto físico con el otro. Debía evitar el contacto con el psicoterapeuta, que intuía muy doloroso. Se doblaba ventralmente y hacía movimientos de retracción del cuerpo hacia atrás, sobre todo si el terapeuta se acercaba. Pudo finalmente contactar físicamente; pero al poco rato se agobiaba y debía retirarse. Merced a este contacto intermitente fue emergiendo un dolor muy intenso en el cráneo, que irradiaba hacia cuello y hombros. Al trabajar las tensiones que producían este dolor surgía un movimiento descontrolado y violento de la

cabeza: necesitaba golpear y embestir con ella. Con estos movimientos apareció un ahogo insoportable, que le llevaba sin remedio a la muerte. Sabía que todo esto se debía al contacto doloroso producido por la enorme presión ejercida por el útero materno. Ahí tocó el límite de la experiencia: decidió aceptar el dolor y el miedo que le producía cualquier tipo de contacto que entrañara dependencia y, por tanto, agobio. Estableció acuerdos consistentes con su pareja para satisfacer su necesidad de sustento y, al mismo tiempo, tener espacios sustanciales de autonomía. Y con el psicoterapeuta pactó un contrato que resultó sumamente eficaz: tomar sesiones sólo cuando las necesitara. Pudo ejercer así su autonomía y tener a su disposición un contacto intermitente, que era justo lo que necesitaba para sentirse libre y con posibilidad de elección propia. El resultado fue la conclusión paulatina de su proceso terapéutico.

De las estructuras PSICOPÁTICA I, PSICOPÁTICA II y MASOQUISTA no vamos a poner ningún ejemplo clínico por razones de espacio y tiempo. Digamos brevemente que el PSICOPÁTICO I ha procesado su necesidad de autonomía desde una relación primaria de manipulación y utilización a través del poder puro y duro; por tanto, en sus experiencias intrauterinas tiende a sentirse agobiado, forzado e incluso masacrado. El PSICOPÁTICO II ha sido manipulado y humillado en su autonomía de forma seductora y falsamente cariñosa; por consiguiente, sus experiencias intrauterinas se hallan teñidas por el sufrimiento que significa sentirse abrumado y atosigado, pero con la confusión inherente a una manera aparentemente amable de hacerlo. El MASOQUISTA ha sido invadido, literalmente machacado en sus afanes de independencia. Ha tenido que ejercer un gran control de retención no sólo para contener su necesidad de libertad, sino también para sofocar las poderosas emociones negativas de miedo y violencia ante la humillación inflingida por el otro. Sus experiencias intrauterinas se hallan marcadas por un aguante titánico ante la percepción del aplastamiento que le viene encima si no se hace cargo del sufrimiento y del enojo del otro.

3.4. LA EXPERIENCIA FÁLICA E HISTÉRICA

3.4.1. Datos estructurales y conductuales

Al final del quinto mes y durante el sexto evoluciona de forma definitiva el control subcortical. Los reflejos posturales son bien manifiestos y el feto no sólo reacciona a los estímulos táctiles, sino también a presiones y vibraciones. Podría decirse que el feto es ya un perfecto ANIMAL SUBCORTICAL, con la capacidad de cierto control de la postura y el movimiento que ello significa. Pero también con la posibilidad de procesar emociones de forma directa y de llevar a cabo aprendizajes. Ya en 1948, D. K. Spelt sostuvo que el feto humano podía condicionarse experimentalmente en los últimos meses del embarazo (24). En definitiva, los cuatro últimos meses del embarazo configuran una época en que el feto puede expresarse a un nivel notable de comunicación y conciencia afectivas.

Durante esta época, el feto realiza variados movimientos espontáneos. La õtempestad de movimientosõ descrita por Saint-Anne Dargasies en 1974, caracteriza el feto de 6 meses (25). A las 28 semanas los movimientos se sectorizan en las extremidades inferiores. A las 30-32 semanas aparecen movimientos de rotación parcial del tronco, con frecuentes movimientos de flexión-extensión de las cuatro extremidades que hacen mover todo el cuerpo. A partir de las 36-37 semanas y a causa del aumento de peso, especialmente notorio

en los dos últimos meses de gestación (aproximadamente 700 g por mes), disminuye la movilidad espontánea.

Toda esta gran movilidad, la progresiva maduración y el aumento de tamaño parecen dar al feto la seguridad suficiente para abrir definitivamente la flexión frontal del cuerpo y poner el pecho, el abdomen y los genitales al descubierto y en disposición de contacto con el medio. Es como abrir la posición de etapas anteriores para que la parte anterior del cuerpo esté disponible para abrirse e ir hacia el otro. En las 2-3 últimas semanas, el feto va dejando de hacer este movimiento debido al tamaño y a que se prepara ya para un importante acontecimiento que entraña un nuevo ciclo de experiencias: el nacimiento.

Este movimiento de apertura frontal lo consideramos muy importante para el feto: acaba de construir el movimiento del reflejo orgástico pregenital, esencial para los trabajos de parto; permite al cuerpo expresar una necesidad activa de contacto a través de la invasión o conquista del espacio del otro; pone en contacto espontáneo y directo los genitales con las paredes del medio intrauterino; permite también manifestar corporalmente las reacciones agresivas de defensa o ataque. En correspondencia con esta última afirmación tenemos el dato de que el bebé, cuando está en contacto físico con el adulto, suele expresar corporalmente su enfado o su rebeldía por medio de tensarse en convexidad frontal hasta lograr alguna respuesta del otro (así pude observarlo con mi hijo Axel en multitud de ocasiones).

Todos estos datos conductuales abonan la hipótesis de que en esta etapa se inicia un movimiento espontáneo consistente hacia el otro, con el fin de entrar en su espacio y contactar con su cuerpo. Es el momento en que el feto puede empezar a sentir la aceptación de todo su cuerpo, de sus impulsos de penetración en el espacio del otro, de su necesidad de contacto placentero y sensual.

3.4.2. Datos clínicos

La ESTRUCTURA FÁLICA tomará como ejemplo clínico al paciente òBö, que concretaba su principal problema en la necesidad imperiosa y obsesiva de contacto sexual con la mujer. Cuando estaba en relación de pareja y pasaba algunos días sin hacer el amor se angustiaba terriblemente. Si sus demandas no eran atendidas por la pareja se buscaba rápidamente otra mujer para hacer el amor. Era una compulsión inevitable por el hecho de que era la única manera de reducir su ansiedad. Pero como esta situación se repetía con cierta frecuencia, todas sus compañeras acababan abandonándolo. Él mismo provocaba la ruptura al contarles sus aventuras a modo de venganza. Con la amarga queja de que ninguna mujer podía amarlo verdaderamente paliaba cada una de las separaciones.

A mediados del cuarto año de proceso psicoterapéutico comenzó a entrar en regresiones prenatales. Sentía el cuerpo muy tenso, agarrotado, dibujando una tensión de semiapertura frontal. Le dolía mucho la espalda, sobre todo la zona lumbosacra. Tenía también una sensación de encogimiento en los genitales. En esta postura sólo admitía intervenciones corporales para desbloquear la espalda. Emergía así una rabia sentida en todo el cuerpo y expresada con golpes de los brazos, acompañada de amplios movimientos del tronco. De su garganta salía un grito desesperado, agudo e infantil que contrastaba con la fuerza y virilidad de la acción corporal. A través de este tipo de expresión fue contactando

con la vivencia de un fuerte rechazo de su cuerpo por parte de la madre, con la que siempre había tenido muy poco contacto físico. Se sentía dentro de un espacio cerrado, pegajoso y duro que le envolvía: el útero materno según él mismo nombraba. Se aprestaba al movimiento con deseos de contacto; pero cuando lo intentaba le asaltaban fuertes dolores musculares, una suerte de ahogo y asco. Era como si no pudiera moverse en ninguna dirección sin sentir espasmos de rechazo procedentes del cuerpo materno. Sólo podía ser aceptado si renunciaba a su impulso, bloqueándolo y transformándolo en algún tipo de movimiento mecánico y sin contacto. Fue así como cobró conciencia de muchas de sus conductas habituales y estereotipadas, basadas en el esfuerzo por ejecutar con la mayor perfección posible trabajos o acciones aceptadas y alabadas por los demás, sin lograr nunca sentirse satisfecho por los aparentes éxitos alcanzados. Comprendió que lo que en el fondo pretendía era otro tipo de aceptación más directo y primario. Sintió con toda su fuerza la necesidad de ser amado afectiva y sexualmente a la vez.

A partir de este momento se acordó hacer terapia con su compañera, que también estaba comprometida con un proceso personal profundo. En las sesiones de pareja fue de capital importancia el hecho de sentir que su cuerpo podía expresar su movimiento espontáneo, sus fuertes impulsos tanto dolorosos y agresivos como sensuales sin perder un contacto positivo y afectivo con su compañera. Comprobar una y otra vez que ella podía estar y aceptar sus emociones negativas y prohibidas le permitió transformarlas en placer y plenitud.

De la ESTRUCTURA HISTÉRICA no se pondrá ningún ejemplo clínico por razones de espacio y tiempo. Sólo decir que en las vivencias intrauterinas de la estructura histérica aparece un hecho diferencial importante: la percepción desde el útero de la presencia y el talante emocional del padre. También le es necesario, como al fálico, sentir la aceptación de todo su cuerpo por parte del medio intrauterino de la madre; pero los datos clínicos corroboran que percibe de forma intuitiva si el padre ama o no a la mujer, a su madre, en definitiva, a ella, de una forma completa, afectiva y corporalmente a la vez.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud, S. : öThe standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freudö. Hogarth Press, London, vol. XIII, p. 184
2. Freud, S. : Ibid., vol. XIII, p. 243
3. Freud, S. : Ibid., vol. XIX, pp. 177-178
4. Freud, S. : Ibid., vol. XXII, p. 147
5. Reich, W. : öEl análisis del carácterö. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976
6. Reich, W. : Ibid., pp. 157-298
7. Reich, W. : Ibid., p. 160
8. Reich, W. : Ibid., pp. 219-255
9. Lowen, A. : öThe language of the bodyö. Collier Books, New York, 1971
10. Lowen, A. : öBioenergeticsö. Penguin Books, London, 1976
11. Hilton, R. : öGeneral dynamics of character structure development and the therapeutic processö. In Cassius, J. (ed.): öHorizons in bioenergetics: New dimensions in mind-body psychotherapyö. Promethean Publications, Memphis, 1980, pp. 178-197
12. Johnson, S.M. : öCharacterological Transformationö. W.W. Norton, New York, 1985
13. Johnson, S.M. : öHumanizing the Narcissistic Styleö. W.W. Norton, New York, 1987
14. Kurtz, R. : öHakomi Therapyö. Hakomi Institute, Boulder, Colorado, 1984
15. Masterson, J. : öPsychotherapy of the borderline adultö. Brunner/Mazel, New York, 1976

<p>16. Johnson, S.M. : <i>Characterological Transformation</i>. W.W. Norton, New York, 1976 pp. 32-34 y 46-48</p>
<p>17. Costa, M. : <i>Estructuras de carácter y niveles de psicopatología</i>. Apuntes de la formación en Integración Psico-corporal. Edición interna de la <i>Associació Catalana d'Integració Psico-corporal</i>, Barcelona, 1993</p>
<p>18. Pribram, K. : <i>Language of the Brain</i>. Wadsworth Publishing, Monterrey, California, 1977</p>
<p>19. Cheek, D.B. : <i>Maladjustment patterns apparently related to imprinting at birth</i>. Am. J.Clin. Hypnosis, 1975, vol. 18, pp. 75-82</p>
<p>20. Sadler, T.W. : <i>Langman-Embriología médica</i>. Ed. Médica Panamericana, México, 1993, p. 47</p>
<p>21. Orts Llorca, F. : <i>Cómo somos antes de nacer</i>. Ed. Doyma, Barcelona, 1990, p. 36</p>
<p>22. Orts Llorca, F. : <i>Ibid.</i>, p. 42</p>
<p>23. Minkowski, M. : <i>Sur le développement et la localisation des fonctions nerveuses</i>. At. del Congreso Italo-Suizzero di Neuropsicologia Infantile, Milan, 1946, vol. III, pp. 36-80</p>
<p>24. Spelt, D.K. : <i>The conditioning of human fetus in utero</i>. J. Exp. Psychology, 1948, vol. 38, pp. 338-346</p>
<p>25. Saint-Anne Dargasies, S. : <i>Le développement neurologique du nouveau-né a terme et prématuré</i>. Ed. Masson, Paris, 1974</p>