

La funcionalidad somatosicodinámica desde la psicoterapia caracterooanalítica

Xavier Serrano Hortelano*

Psicólogo especialista en psicología clínica (CV141)

Psicoterapeuta y sexólogo caracterooanalítico

Supervisor y Director de la Escuela Española de Terapia Reichiana (Es.Te.R.)

resumen/abstract:

El autor presenta tres casos clínicos (cefalea, úlcera psicógena y vaginismo) para demostrar la vinculación entre los conflictos emocionales y los trastornos psíquicos y somáticos y su funcionalidad con la hipertensión crónica muscular en ciertas zonas del cuerpo que W. Reich describió como segmentos de la coraza muscular defensiva de la estructura humana. Expone la asistencia clínica con la Psicoterapia caracterooanalítica (breve y profunda –vegetoterapia-, según el caso) y la mejoría de esos pacientes al trabajar con los aspectos cognitivos, emocionales y neurovegetativos desde una perspectiva estructural.

The author present three clinical cases (migraine, psychogenic ulcer and vaginismo) to demonstrate to the *entailment between the emotional conflicts and the psychic and somatic upheavals and their functionality* with a the muscular chronic hiperertensión in certain zones of the body that W.Reich described as segments of the defensive muscular armor of the structure humana.And exposes the clinical attendance with the caracterooanalítica Psychotherapy (brief and vegetoterapia) and the improvement of those patients when working with the cognitivos aspects, emotional and neurovegetativs from a structural perspective.

palabras clave/keywords:

Cefalea, vaginismo, úlcera, tensión muscular, conflicto emocional, vegetoterapia caracterooanalítica, W.Reich, psicoterapia corporal, estructura humana.

Migraine, vaginismo, ulcer, muscular voltage, emotional conflict, caracterooanalític vegetoterapy, W.Reich, body psychotherapy, human structure.

Introducción

En nuestra praxis clínica observamos constantemente la relación tan estrecha que existe entre las dificultades o trastornos emocionales y la génesis y el desarrollo de muchas enfermedades.

La teoría del estrés desarrollada por Selye (ver Carballo, 1984), la teoría de la

inhibición de la acción de Laborit, la inmunología cognitiva de orientación sistémica de Varela-Maturana apoyada en descubrimientos científicos como el de los péptidos (manifestación bioquímica de las emociones) de C. Pert y su equipo de Maryland (ver Capra,1996 y Janov 2000), y la teoría del Orgasmo de W. Reich, entre otras, han puesto los fundamentos biológi-

* www.esternet.org/xavierserrano
xserrano@mac.com

cos y empíricos a las hipótesis y evidencias clínicas que F. Navarro definió como funcionalidad somatosicodinámica (1988).

La tendencia científica actual empieza a concebir la estructura humana como una compleja red de sistemas comunicados a través de una interrelación circular y permanente del sistema nervioso, con el sistema endocrino y el sistema inmunológico. Al mismo tiempo cada estructura humana está en permanente interrelación con los otros de su especie, con el sistema social y con el ecosistema geográfico, moviéndonos en lo que F. Capra llama la trama de la Vida. Pero es el propio ser humano quien desarticula constantemente esta red al separarnos cada vez más de las leyes de la naturaleza, y como consecuencia, el ser humano enferma y los ecosistemas se alteran.

Esta concepción paradigmática se define como Ecología global y en su interior deben desarrollarse medidas terapéuticas coherentes para paliar los efectos de los desequilibrios sistémicos en los ecosistemas humanos. A esta labor de prevención e investigación que busca un modo de vida humano capaz de articular la cultura y la naturaleza le llamamos ecología de los sistemas humanos. Focalizada en la estructura humana existe la psicoterapia corporal, y más concretamente la Vegetoterapia caracterioanalítica, eje a través del cual voy a articular este artículo en cuanto es mi praxis clínica psicocorporal de referencia.

La Vegetoterapia tiene los fundamentos teóricos en el definido por W. Reich como funcionalismo orgonómico. Como describe F. Capra, *es un sistema filosófico que coincide perfectamente con el pensamiento de procesos de nuestra visión de sistemas* (Capra, 1985 p.404) Si la teoría de Reich se formulase en el lenguaje de sistemas

modernos, su importancia para la investigación y la práctica terapéutica contemporánea se haría aún más evidente (Capra, 1985 p.405).

W.Reich expresó esta interrelación sistémica a lo largo de su obra. Con el análisis del carácter descubrió que en la estructura caracterial del hombre persistía su origen social de forma rígida y solidificada. Por medio del cambio de los impulsos, las instituciones sociales producían la estructura caracterial típica y la estructura caracterial del hombre reproducía en un época determinada las instituciones sociales y las ideologías correspondientes. Con esta fórmula se contestaba a la pregunta que planteó la sociología: ¿cómo, con la ayuda de qué funciones se transforma la existencia social en ideas humanas?

Y con el desarrollo de su praxis clínica la Vegetoterapia (posteriormente definida como Orgonoterapia) se intentaba recuperar la pulsación vital, el adecuado flujo energético de la vida (orgón, muy similar al concepto de libido de Freud) cuya alteración ocasiona, en realidad, interferencias en la comunicación entre los tres sistemas complejos de la estructura humana antes descritos, forzando el ritmo biológico y buscando mecanismos compensatorios que a la larga producen secuelas que son las que provocan las enfermedades. Teniendo presente que el modulador principal de los tres sistemas, como demuestra Pi Suñer (1974) es el sistema hipotalámico-hipofisario, regulador a su vez del sistema vegetativo y fuertemente influido por los conflictos emocionales, es decir, por las consecuencias de las dinámicas relacionales. En síntesis, diríamos que la entrada de un nuevo ser en el mundo está mediatizada por unas exigencias de los ecosistemas sociales que

no siempre coinciden con las necesidades instintivas (es decir, biológicas) creándose un fuerte conflicto relacional que genera estrés (mejor distrés o estrés patológico, siguiendo a Selye).

Es por tanto el trastorno emocional uno de los desencadenantes de esa interferencia instersistémica, y a través de esta cura emocional podemos recuperar esta comunicación estructural. Siendo las herramientas de trabajo, los actings neuromusculares, la relación terapéutica, la elaboración caracterooanalítica, el uso de herramientas convergentes como el grupo, y la atención permanente a la respiración.

Este abordaje terapéutico se desarrolla durante el trabajo individual en el diván. Se realiza mediante una sistemática de acción muscular en los siete segmentos de la coraza muscular descritos por W. Reich, siguiendo una dinámica cefalocaudal. De esta forma se busca la coherencia con las leyes ontogénicas y los procesos que confluyen en la maduración humana y, por tanto, su recuperación.

Por ello para Federico Navarro (1990), neurosiquiatra italiano formado por Ola Raknes (colaborador de W. Reich), la Vegetoterapia caracterooanalítica busca recuperar este equilibrio del paciente (puesto en conflicto desde el nacimiento del individuo) a través de sugerir intervenciones musculares específicas (actings) que provocan reacciones neurovegetativas dentro de un espacio (setting) y de una relación terapéutica.

Para comprender mejor este planteamiento teórico voy a ilustrar este artículo narrando la actuación clínica con varios pacientes con trastornos funcionales. Concretamente: cefaleas, úlcera gastrointestinal y vaginismo. Son casos extraídos de un grupo im-

portante que por sus características pueden apoyar mejor nuestra exposición didáctica.

Cefalea (Tres primeros segmentos)

En el uso de este concepto me refiero a los fuertes dolores de la parte cefálica del cuerpo es generalmente bilateral y suboccipital, aunque también puede localizarse en la región frontal (cara) o puede sentirse como una banda alrededor de toda la cabeza. Una palpación en el momento en que se produce el dolor, revela una excesiva contracción muscular. Estos dolores no están asociados a ninguna enfermedad sistémica como la diabetes, el cáncer, la hipertensión

Para Navarro las manifestaciones clínicas de la cefalea son debidas a un bloqueo hiperorgonótico donde la dinámica es la siguiente: el miedo primario de los primeros momentos de vida determina una pérdida de tono conduciendo a una vasodilatación que potencializa la vasoconstricción a fin de asegurar la homeostasis, porque si se mantuviera la vasodilatación podría ser mortal. La cefalea puede ser un síntoma de conversión histérica pero también la expresión de un núcleo sicótico la cefalea y la migraña son debidos a un locus minoris resistentiae del primer segmento, por eso van acompañadas de molestias de la visión, de oído y del olfato. Si la cefalea es la expresión de una hostilidad, consecuencia de un miedo generalizado, la migraña esta vinculada a un miedo específico. La terapia principal se realiza al trabajar el primer segmento, al desbloquear el miedo. (Navarro, 1988 p.50-52).

El primer caso es el de Ana, una mujer de 35 años separada hace tres y con un hijo de 6 años. Acude a la consulta porque en la oficina donde trabaja empieza a sentirse muy agobiada y con la sensación de que

le cuestionan, de que hablan mal de ella, la marginan y la ven como diferente. Se obsesiona con esas ideas y duerme muy poco, sintiéndose agotada sin capacidad para ocuparse de su hijo. No hay situaciones traumáticas en su biografía. Sexualidad normalizada, pero desde que se separó sólo ha tenido aventuras sexuales y no muy satisfactorias sin poder comenzar de nuevo una relación de pareja. Según el D.I.D.E - Diagnóstico Inicial Diferencial Estructural- (Serrano, 1990b) es una estructura de carácter neurótica, masoquista, histérica. Se agudizan últimamente dinámicas obsesivas con ciertas tendencias paranoides que vienen acompañadas de una fuerte ansiedad, insatisfacción y estasis sexual, y una clara situación depresiva latente que se mantiene desde la separación de su marido. Esta separación la vivió sorpresiva y resignadamente al dejar la relación por otra mujer. Junto al insomnio, se producen episodios de cefaleas occipitales a la vez que dolores de cuello y espalda, y dismenorrea intensa. En las sesiones se muestra ansiosa, inquieta, con la respiración alterada, sonrisa forzada, evitando el contacto y con manifestaciones victimistas y alarmistas. También presenta una disfunción vegetativa con estreñimiento, cosquilleos en las extremidades y episodios de disnea, e hipertensión en el segmento ocular, cervical y diafragmático. Me transmite una sensación de fuerte contención de tristeza y rabia, pero sin riesgo de despersonalización.

Por su motivación, situación económica y disponibilidad clínica le planteo un encuadre focal con la Psicoterapia Breve Caracteroanalítica, P.B.C. (Serrano, 1992) de 6 meses a una sesión semanal, con un buen pronóstico.

En las primeras sesiones donde va recordando su separación y el estado emocional que

le produjo la cefalea y el insomnio aumentan. En la cuarta sesión en la investigación verbal de su biografía, aspectos sexuales y de relaciones objetales, habla de la presencia ausente del padre y la obsesividad de la madre. Usando técnicas musculares (actings) se coloca con la boca abierta brazos en alto y mirando un punto en el techo. Al cuarto minuto, de forma involuntaria empieza a llorar y arquea las cejas y frunce la frente. Le animo a que se abandone a la sensación, que tome conciencia de que está protegida, y surge el llanto con mucha fuerza, de forma desbordante. Al terminar me contará que vio con mucha claridad a su padre que se iba con su hermano a hacer deporte. Ella se quedaba en casa porque era una chica. Lo asoció al comportamiento de su ex marido que prefería salir con sus amigos a salir con ella porque alguien tenía que estar con el niño. Su emoción era de tristeza. En las siguientes sesiones los dolores de cabeza aumentaron en duración, periodicidad e intensidad. La tristeza fue en aumento. Tomó conciencia del dolor tan fuerte que le había provocado la separación con su marido, como se había quedado bloqueada, torpe. También fue viendo como en el trabajo proyectaba su propia sensación de vulnerabilidad y de torpeza, siendo ella la que realmente se sentía así. También vimos como esa sensación la tenía en la terapia conmigo. Eso nos permitió profundizar en la elaboración de estas asociaciones a través de la llamada circulación triangular (Serrano 1992).

Estuvo unos días de baja laboral y se fue recuperando energética y emocionalmente. Poco a poco fue también asumiendo la evitación de la agresividad por miedo a ser **rechazada del todo y al papel superficial** que tenía su componente masoquista. En la

décima sesión dentro del trabajo muscular se colocó con la cabeza y el cuello fuera del diván, colgando, y con las piernas dobladas. Su respiración empezó a aumentar de forma involuntaria y empezó a tener miedo. Comenzó a gritar. Se sentía sola y muy débil. En la elaboración verbal fue tomando conciencia de que los otros le habían hecho sentirse vulnerable para que fuera dócil y sumisa, como en el trabajo y en la relación con su ex marido. A partir de ahí empezó a sentir rabia con más claridad. Le animo a que tumbada en el diván levante los brazos y con los brazos bien rectos vaya golpeando el colchón al mismo tiempo que dice la palabra YO. Al principio se siente ridícula, pero después comienza a gritar fuerte y a golpear con mucha potencia y rabia, abriendo bien los ojos y con una respiración suelta, temporalmente libre. A los 7 minutos, al final del acting, me cuenta que sintió claramente que no estaba dispuesta a dejarse llevar por las opiniones de los demás ni por los juicios de nadie, ni de su padre, ni de su ex marido ni de sus compañeros de trabajo, que estaba cansada de no vivir por miedo.

Estuvimos dos sesiones más trabajando esta secuencia de actings. Durante la sesión, y posteriormente, introduje el acting de mirar alrededor del cuerpo con un movimiento circular abriendo bien los ojos. Este movimiento que al principio de la terapia le resultaba doloroso, finalizando le resultaba agradable y relajante. Recuperó el sueño, desaparecieron los dolores de cabeza y volvió a sentirse alegre y con capacidad de trabajo y de estar con su hijo, comenzando a disfrutar más con su cuerpo, a masturbarse y a salir con las amigas con más libertad. Terminó el tratamiento en el tiempo acordado y cubriendo los objetivos marcados.

Durante los 8 meses de seguimiento posterior (una sesión cada dos meses) no apareció ninguno de sus síntomas principales, pero se mantenía la ansiedad siendo consciente de sus límites personales. Al año tuvo un ascenso en el trabajo y se planteó retomar su trabajo personal con una terapia profunda, eligiendo la vegetoterapia.

Vemos en este caso como un trabajo focal tiene resultado por el tipo de estructura que es, y porque claramente sus síntomas se deben a una reactivación somática de su estado de estrés interno y de contención emocional que provocaban la tensión cefálica. **Sus síntomas eran consecuencia de conflictos relacionales y de una agudización de su componente masoquista-compulsivo en el momento de la separación.** Esto bloquea la vivencia del duelo y de la rabia, fruto del desengaño y del desamor, y se ponen en marcha los mecanismos de la inhibición de la acción y de la coraza muscular.

Otro caso es el de Isabel, de 30 años, bióloga investigadora genética. Su demanda **terapéutica es consecuencia de un conflicto** muy fuerte en su trabajo con su jefe que la bloquea y la sumerge en una fuerte depresión. Desde la adolescencia tiene fuertes dolores de cabeza occipitales y frontales, combinando migrañas y hemicráneas. El D.I.D.E. **refleja una estructura borderline** con núcleo depresivo-sicótico y una cobertura masoquista-fálica. Las relaciones afectivas históricas (objetales) eran muy sufrientes, con un fuerte estrés postnatal, ausencia de la madre y un padre autoritario y distante. El miedo estaba vinculado a su núcleo y era la base de toda su problemática que iba acompañada de una fuerte hipertensión ocular y oral y una hipotonía diafragmática y respiratoria consecuencia del bajo nivel de pulsación vital u orgonó-

tica. Con este diagnóstico el síntoma era la punta del iceberg de toda una conflictiva relacional nuclear de imposible resolución con un trabajo terapéutico focal, por lo que se le aconsejó desde el principio una Vegetoterapia caracteroanalítica (V. C.). Las cefaleas no desaparecieron hasta el segundo año de trabajo cuando se fueron reblandeciendo los dos primeros segmentos y aumentando el nivel de carga energética, y por tanto reduciendo su miedo nuclear. Y se reactivaba cada vez que su estructura no soportaba el conflicto emergente. Por ello, en muchas ocasiones los síntomas deben de ser una referencia para el terapeuta que le ayuda a saber adecuar el ritmo del proceso terapéutico a cada persona.

En base a estos dos ejemplos vemos como un síntoma, en muchas ocasiones, está reflejando lógicas distintas, significados distintos, reflejando códigos latentes diferentes, que exigen tratamientos diferentes. Por tanto, no podemos generalizar la etiología de un síntoma, porque éste es sólo el reflejo del conflicto autopoietico (Maturana y Varela, 1990) en la estructura de un sistema humano.

Úlcera gastrointestinal, U.G.I (quinto y sexto segmento)

Esta enfermedad, en mayor medida que la anterior, forma parte del legado cultural de nuestra sociedad. En novelas, películas, series de televisión, y en nuestras conversaciones cotidianas surge constantemente, y la pastilla antiácido es algo común. Tan común como la inseguridad ontológica, la invalidez nuclear, la dependencia objetal, el estrés sicosocial, el odio reprimido hacia la autoridad con la activación del sistema de inhibición de la acción, como el bloqueo diafragmático y abdominal. Nos comemos

a nosotros mismos, como dice Chiozza (1986).

Sabemos que estudios médicos actuales presentan la génesis de la enfermedad vinculada a una bacteria, pero eso no evita la afirmación de trastorno funcional, porque lo que provoca el terreno para el desarrollo de esa bacteria es el desequilibrio neurovegetativo y emocional que ya describía W. Reich. Y la curación con la psicoterapia corporal confirma esta hipótesis.

Tenemos que recordar que todos los mecanismos que favorecen la secreción y la motilidad gástrica implican de algún modo la intervención de amplias regiones de los nervios vagos, reflejos parasimpáticos locales, y la descarga de gastrina.

Sin profundizar en el tema sí quiero recordar lo que Reich escribía acerca de este tema y que me resulta esclarecedor y muy actual, sabiendo adaptar su lenguaje al de nuestro momento científico.

Consideremos con atención la coordinación de los distintos procesos en el organismo con nuestro modelo de pensamiento. Hemos definido lo "somático" como la suma de los procesos químicos y físicos en los tejidos. Lo "psíquico" es definido como el dominio de sensaciones, percepciones e ideas. En la úlcera de estómago funcionan en una interacción. Cada erupción de odio incrementa la contracción de la pared de estómago. No obstante, los procesos de úlcera y odio son también independientes, porque una vez que el proceso de la formación de la úlcera mina la pared del estómago, sigue sus propias leyes químico-físicas. La acidez aumentada del estómago daña la pared del estómago: la pared dañada es menos resistente a esta influencia, etc., hasta la perforación de la pared. Observamos la

interacción funcional entre la acidez estomacal y la estructura del tejido como un dominio obrando en las funciones químico-físicas y lo vemos ahora como independiente de la psique.

Si tenemos que ser consecuentes en la aplicación de comprobar nuestro método funcional, tenemos que preguntarnos, ¿qué es lo que forma el principio funcional común de las alteraciones psíquicas y somáticas en la función?. Podemos poner las alteraciones psíquicas y somáticas solamente en una relación recíproca distinta unas de las otras, pero no podemos conectarlas directamente. El tercer principio común donde tanto la alteración psíquica como la somática de la úlcera de estómago tienen sus raíces, su principio funcional común (CFP) es mucho más amplio y también mucho más profundo que la estructura del tejido de la pared del estómago o el odio psíquico reprimido. Ambas alteraciones parten de una contracción general del organismo, es decir, una alteración en el campo de la función bioenergética. No encontramos ni un solo caso de úlcera local y odio inconsciente en especial que no estaban contruidos sobre un acorazamiento ya presente en el organismo o una anorgonía general. El acorazamiento no forma la base específica para úlcera y odio. Existen siempre funciones especiales que son responsables por el hecho de que la alteración bioenergética general era expresada precisamente sobre la pared de estómago como úlceras. Y esta localización o concentración específica de la alteración biológica en el estomago requiere una demostración clara; está enraizada en una contracción especialmente desarrollada del segmento del diafragma que acompaña cualquier odio silencioso. Por eso es engañoso estudiar una úlcera de estómago

aislado del organismo en su total, como es engañoso olvidar el odio poderosamente reprimido. El principio funcional común de todas las formas de acorazamiento biológico y por lo tanto de todas las alteraciones somáticas y psíquicas que se desarrollan a partir de ellos es clínicamente probado para una pulsación orgonótica alterada total o parcialmente (Reich, 1950 p.122).

Siguiendo esta línea de pensamiento para Dew (1973), las tres características principales en la estructura del paciente ulceroso son:

- a) el daño infligido a la autoconfianza natural a través de la frustración sexual pregenital y genital -impotencia orgásmica crónica-
- b) la simpaticotonía subyacente -emocionalmente se traduce a un miedo profundo a la desvalidez-
- c) la agresión compensatoria, secundaria o de contacto substitutivo en la periferia (parasimpaticotonía).

Sin embargo, en cada neurótico gástrico o paciente ulceroso al que he tratado, la característica biofísica que más ha llamado la atención es la acusada rigidez de los segmentos diafragmáticos y abdominal.

Y Navarro nos recuerda que En las ratas destetadas pronto aparecen mas úlceras. Las separaciones traumáticas facilitan la úlcera, cuando el sujeto se siente seguro afectivamente desaparece. La necesidad *de ayuda de estos enfermos se refleja en la necesidad de saciedad, la del alimento es la necesidad de afecto...* Se instaura una tensión (ansiedad de espera) que es continua (bloqueo del diafragma) donde el parasimpático predomina (hipotonicidad del simpático local e hipertonicidad reac-

tiva del resto del sistema simpático) que predispone al cáncer de estomago. Los ardores de estos enfermos son las reacciones físicas a la frustración de un deseo muy vivo de dependencia, con una fachada de independencia pero con una carga agresiva muy contenida. Son orales receptivos y agresivos (Navarro, 1988 p.147).

Con estos referentes teóricos presento el caso de un hombre de 35 años, casado y con dos hijos. Arquitecto, deportista, muy activo combinando tareas intelectuales y físicas con las propias de su profesión. Se plantea hacer vegetoterapia porque quiere reducir sus bloqueos para mejorar su técnica del tenis (deporte que practica en competiciones). Se siente bien en su realidad cotidiana, y lo único que le molesta es la úlcera gástrica que le acompaña desde que estudiaba arquitectura. Sabe (por lecturas)

que eso seguramente se debe a su bloqueo diafragmático que al estar relacionado con la respiración es lo que le limita también en su práctica del tenis. De cuerpo atlético y expresión segura su respiración es torácica y con una fuerte hipertensión cervical y pélvica. Sus relaciones objetales se caracterizaron por un padre muy afectivo pero rígido y una madre muy obsesiva y ansiosa, pero los recuerda a los dos con cariño. Su padre quería que estudiara derecho (siempre se dedicó a la política) y estudiar arquitectura supuso una cierta ruptura afectiva con el padre. De hecho dejó la casa familiar para estudiar en otra ciudad. El D.I.D.E. dio como resultado una estructura de carácter neurótica compulsivo-fálico. El pronóstico en este caso es favorable por su nivel de insight y su caracterialidad estructurada pudiendo abordar el síntoma tanto en una P.B.C. como en una V.C., siendo los objetivos en esta última más amplios y de

cambio estructural, lo cual no es posible, lógicamente con una P.B.C. como ya he demostrado en otros escritos. Casos similares con el tratamiento focal han reestructurado el funcionamiento vegetativo al reducir su nivel de estrés y ser más capaz de expresar las emociones. Hay casos que esto no es posible y la úlcera responde claramente a una ambivalencia oral vinculada a un núcleo depresivo y por tanto a una problemática biopática más primaria. En este caso en su origen fue una somatización reactiva que al cronificarse se configuró en una biopatía secundaria siendo su erradicación más compleja y propia de una terapia profunda. Si este paciente se hubiera tratado de más joven, el síntoma habría estado mucho más localizado y con un pronóstico adecuado para una psicoterapia focal caracterioanalítica sicocorporal (P.B.C.).

En este caso podemos confirmar parcialmente esta hipótesis porque años atrás realizó una psicoterapia breve de orientación dinámica y si bien le ayudó en algunas cosas no le modificó nada su U.G.I. Pero lo evidente, confirmando a W. Reich es que siempre hay un claro problema en la motilidad plasmática en estos casos.

Pongo este ejemplo porque a lo largo de la terapia se evidenció con claridad la relación entre el factor oral y el diafragmático, entre el estrés oral y la angustia diafragmática con todas las consecuencias dinámicas y vegetativas ya descritas.

Concretamente hubo una sesión muy significativa e interesante: el paciente tumbado en el diván en la posición que es habitual en las sesiones de V.C. comienza a realizar el acting del pez por indicación del terapeuta (mirando un punto en el techo ejercer un movimiento hacia fuera de los labios como hacen los peces o como se

observa en los lactantes, con la forma y el ritmo que vaya sintiendo el paciente), a los pocos minutos de hacerlo, sorpresivamente surge el reflejo del vómito, acompañado de fuerte angustia, sudoración fría, miedo y asco. Le animo a continuar con la experiencia y le enseño la bandeja donde puede vomitar en caso necesario. El paciente, a pesar de lo racional y de la sensación de tener todo bajo control que le es habitual se siente en esta ocasión desbordado y sin defensa alguna frente a esa angustia tan fuerte que se activa como por arte de magia al hacer ese movimiento. Vencida la resistencia intelectual, finalizando ya el tiempo del acting, a los 16 minutos sin conseguir abandonarse al vómito y cada vez con más angustia y asco le viene el recuerdo de su madre dando el biberón de una forma brusca y forzada a sus dos hermanos gemelos que nacieron cuando él tenía 12 años, y otra escena donde se daba la misma imagen pero donde la protagonista es su cuñada con su hijo de un año, empezando a sentir una cierta rabia hacia esas figuras. Sesiones posteriores siempre con el mismo acting surgió el vómito de forma involuntaria (es uno de nuestros objetivos clínicos que los procesos corporales si se dan sucedan en función del ritmo vegetativo del paciente aunque para eso haya que esperar un tiempo) acompañado de una fuerte rabia, que se acrecentó con el acting de morder una toalla insistentemente. Cada vez que surgía la rabia aparecía el miedo y el reflejo del vómito, todo ello frenado por la respuesta de hipertensión del diafragma que entraba en alarma. A partir de ahí se dio cuenta de que seguramente su madre hizo lo mismo con él pero que se resistía a sentir rabia hacia ella porque siempre había sido muy dependiente de las figuras afectivas familiares, tanto de sus padres, como actualmente de

su mujer, tendiendo a idealizar situaciones para no entrar en conflicto. Comprendió el comienzo del síntoma ulceroso al no poder enfrentarse directamente a su padre, pero seguir con los estudios que él quería con el consiguiente estrés permanente. Y progresivamente, en contacto con la relación terapéutica fue surgiendo la transferencia oral, y posteriormente edípica donde se volvió a ver la conexión entre boca, diafragma y pelvis, a partir de trabajar todo el miedo a la autoridad. Concretamente con el acting de decir NO Moviendo el cuello a derecha e izquierda. Al mismo tiempo que lo hacía surgía la angustia, el reflejo del vómito y de un movimiento de retracción de la pelvis y del esfínter anal. Fue tomando conciencia de la insatisfacción existencial mantenida por su compulsividad y de su estasis sexual porque realmente no se abandonaba a la experiencia orgástica, era bueno en la cama pero fue descubriendo la diferencia entre eso y sentir las corrientes acompañadas de entrega y amor sin miedo. Pero eso fue después de 3 años de terapia con dos sesiones a la semana (una sesión de 1,30 h.). Realmente los dolores de la úlcera le desaparecieron al terminar el trabajo cérvico-torácico, reblandeciendo indirectamente el quinto y sexto segmento, pero surgían de forma ocasional al trabajar esos segmentos a través de actings de respiración de movimiento pélvico. Terminada la terapia y después de dos años de seguimiento (una sesión cada dos-tres meses) no ha vuelto a aparecer ninguna molestia, ni hay lesión alguna en las pruebas fisiológicas y radiológicas.

Vaginismo (Séptimo segmento)

Dentro de las disfunciones sexuales un trastorno que es poco frecuente pero que provoca mucho sufrimiento en la mujer que

Lo padece es el vaginismo. Este trastorno se caracteriza porque sin causa fisiológica alguna la vagina de la mujer no se dilata al vivir episodios de placer sexual ya sea en la masturbación como en la relación con el partner, limitando su capacidad de placer. Siendo al mismo tiempo un factor de riesgo para el parto.

En ocasiones hemos visto en nuestro equipo clínico vaginismos reactivos en estructuras neuróticas vinculado a un deseo de venganza sexual de tipo masoquista acompañado de una fuerte tensión de los segmentos cervical, diafragmático y pélvico (tercero, quinto y séptimo), por problemas en las relaciones objetales familiares o incluso por acosos o violaciones sexuales en la infancia o adolescencia. Estos casos permiten resultados favorables dentro de un setting de P.B.C.

Pero son más frecuentes los casos de vaginismo donde esa contracción de la musculatura lisa de la vagina se produce en una estructura nuclear con un fuerte miedo sexual que se remonta a la fase oral y que se desplaza a la vagina dentro lo que yo he llamado genitalización de la oralidad. En estos casos el tratamiento requerido es la V.C.

Es el caso que describo brevemente. Mujer de 25 años, profesora de instituto, soltera y con una relación de pareja con un hombre desde hace un año. Tienen relaciones sexuales pero excluyendo la vagina. Ella está sufriendo porque es deseo de ambos el tener relaciones completas y se plantean casarse y tener un hijo. El vaginismo lo tiene siempre. No ha tenido prácticas masturbatorias, y tiene que usar compresas porque no puede introducir el tampón. No es posible la revisión ginecológica por lo que el mismo profesional le aconseja una psicoterapia. El

D.I.D.E. determina una Estructura borderline núcleo depresivo y con una cobertura masoquista fálico-histérica.

A lo largo del proceso se evidencia la vinculación entre boca y vagina, entre el miedo a la madre, su fuerte problema de identidad sexual y su vaginismo. La madre tenía episodios histéricos charcotianos de pérdida de memoria puntual, provocaciones en público de índole sexual y constantemente había un cuestionamiento a las hermanas. Estuvo dos largas temporadas en hospitales psiquiátricos en edades críticas de las hijas (se llevaban un año) y había un rechazo consciente a la madre por vergüenza social, pero una gran necesidad afectiva no aceptada. También hubo un destete prematuro por el embarazo de la hermana. Trabajando con el acting de boca abierta con los brazos en alto y las manos abiertas mirando un punto en el techo comienza a darse este contacto con la necesidad y la rabia, una fuerte ambivalencia oral. Con el acting del pez aparece el miedo, tetania muscular que le paraliza la boca, no puede moverla, no puede acercarse a la madre ni recibir placer de nadie. Todo esto acompañado de sensaciones vaginales y de fuerte miedo al terapeuta con proyecciones de deseo sexual. Va reflejándose como ella tiene que negar a la madre para ser ella, incluso siente como no estando la madre, su padre está más cerca de ella, demasiado cerca en algunas ocasiones. La ambivalencia es muy fuerte toda la terapia, y se refleja mucho en la relación terapéutica. Con el acting del morder la toalla y más adelante en el trabajo con el tórax con el acting de decir NO, entra en una fuerte depresión con ideaciones de suicidio. Su imagen corporal está totalmente distorsionada, vacía y se siente maldita.

Con los brazos golpeando el diván va permitiéndose vivir la rabia hacia el padre

por su falta de definición, por su ausencia afectiva, con una fuerte angustia. Progresivamente aparece una relajación de la musculatura vaginal, y hacia el segundo año de terapia tienen la primera masturbación con penetración de sus dedos y sensación de placer vaginal. Mientras tanto rompe con el chico y vive episodios de homosexualidad. Sólo con el trabajo de diafragma pelvis, en concreto al realizar el acting de la respiración simulando remar y con el acting del no golpeando con las piernas va integrándose la sexualidad oral con la genital, comienza a existir una definición como mujer y una identidad, un acercamiento a su madre y una aceptación de su cuerpo y de su capacidad de placer. Ella no es como su madre y tiene capacidad para disfrutar. Comienza las relaciones con un hombre con el que posteriormente se casará. A los 5 años de terminar la terapia tuvo una hija con parto natural y sin ningún problema en el parto.

Conclusiones

Terminando esta exposición puedo afirmar que nuestro trabajo clínico es muy duro y complejo y hasta decepcionante al encontrarnos con personas que no podemos ayudar o que nuestra labor no es eficaz. Pero también en muchas ocasiones tenemos la satisfacción de ver cómo las personas recuperan su bienestar, su capacidad de placer, su alegría de vivir, el sentido de su vida y la capacidad para vivirla. Y aprendemos el mensaje claro de que todo ese sufrimiento se podría evitar si nuestros ecosistemas sociales estuvieran más cerca de lo humano.

Facilitar la conciencia de este hecho es también nuestra responsabilidad.

Bibliografía

- Capra, F. (1982) El punto crucial. Barcelona: Edit. Integral, 1985.
- Carballo, R. (1984). Teoría y práctica Psicósomática. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Chiozza, L. (1986). ¿Por qué enfermamos?. Buenos Aires: Alianza editorial.
- Dew, R. (1973). Gastrointestinal peptic ulcer. Journal of organology. (7)2: New York.
- Janov, A. (2000). The biology of love. New York: Prometheus Books.
- Pi Suñer, A. (1947). Sistema neurovegetativo. México: Edt. Uthea.
- Maturana, H. Varela, F. (1990). El árbol del conocimiento. Barcelona: Edit. Debate.
- Navarro, F. (1988). La somatosicodinámica. Publicaciones Orgon de la Es.Te.R.: Valencia.
- Navarro, F. (1990). Metodología de la Vegetoterapia Caracteroanalítica. Publicaciones Orgon de la ES.Ter.: Valencia.
- Nelson, A. (1974). Functional Headaches. Journal of organology (8)1: New York.
- Reich, W. (1937). Experimentelle Ergebnisse uber die elektrische Funktion von Sexualität und Angst, Sexpol Press: Copenhagen.
- Reich, W. (1940). El lenguaje expresivo de lo vivo en la orgonoterapia. Análisis del carácter. 3 edición en inglés. Barcelona: Editorial Paidós.
- Reich, W. (1945/1977) La función el orgasmo. El descubrimiento del orgón Vol. 1. Editorial Paidós: Barcelona. Traducción de The discovery of the Orgon. The function of the orgasm, Vol. 1. Orgone Institute press: New Cork.
- Reich, W. (1948). La biopatía del cáncer: El descubrimiento del orgón Vol. 2 Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1985. Traducción The cancer biopathy The discovery of the Orgon. Vol. 2. Orgone Institute press, N.Y.
- Reich, W. (1949 /1980). Análisis del carácter. 3 edición en inglés. Barcelona: Editorial Paidós.
- Reich, W. (1949b/1989). Children of the nature. On the prevention of sexual pathology, Farrar, Straus Giroux: New York.
- Reich, W. (1949c/1973). Ether, God and Devil. Orgone Institute Press. Rangeley (Maine). In Ether, God and Devil and Cosmic Superimposition, Farrar Straus Giroux: N.Y. The **orgonomic Functionalism (first part)**
- Reich, W. (1950). The Orgonomic Functionalism. (Second part). Vol.2.No3: Pag.99-124. Orgone energy Bulletin. Orgone Institute Press. N. Y.

Redón, Manuel (2001). Aportaciones a la somatoscodinámica de la función oral-digestiva. Ponencia en el Simposium IFOC: París.

Serrano, X. (1986) La Vegetoterapia y las disfunciones sexuales. Revista Energía, Carácter y Sociedad (4)1 y 2. Valencia: Publicaciones Orgón.

Serrano, X. (1990 a). Sistemática de la Vegetoterapia caracteroanalítica de Grupo. Revista Energía, Carácter y Sociedad (8)2. Valencia: Publicaciones Orgón.

Serrano, X. (1990 b). El diagnóstico inicial-diferencial en la Orgonoterapia desde una perspectiva postreichiana. Revista Energía Carácter y Sociedad (8)2. Valencia: Publicaciones Orgón.

Serrano, X. (1992). La Psicoterapia breve caracteroanalítica (P.B.C.). Revista Energía Carácter y Sociedad. (12). Valencia: Publicaciones Orgón.

Serrano, X. (1993). Las psicoterapias corporales. Actas I Jornadas de Psicoterapia. Sevilla.

Serrano, X. (1994 a). Un modelo de psicoterapia corporal. La orgonoterapia desde una perspectiva post-reichiana. In M.Garrido J. García. Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones. Valencia: Editorial Promolibro.

Serrano, X. (1994 b). Contacto-vínculo-separación, sexualidad y autonomía yoica. Valencia: Publicacions Orgón.

Serrano, X. y Pinuaga, M. (1997a). Ecología infantil y maduración humana. Valencia: Publicaciones Orgón.

Serrano, X. (1997b). The word use with a borderline structure (coverture narcissistic-hysteric-masochist) during the post-reichian Characteranalytic Vegetotherapy. Actas del Congreso de al Europeean Associatioon of Body Psychotherapy. Viena, Austria.

Serrano, X. (2001). Al Alba del siglo XXI: Ensayos ecológicos postreichianos. Valencia: Publicaciones Orgón.

Serrano, X (2007) La psicoterapia breve caracteroanalítica . Madrid: Edit. Biblioteca nueva.

Weiss, E. (1949). Psychosomatic Medicine. W.B.Saunders co: Philadelphia.

Fecha de recepción: 03/11/2008

Fecha de aceptación: 25/03/2009